FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1918-1919 2 Série N° 91

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
MÉGACÔLON

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 10 juillet 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

ANTONIN BERGERET

Né le 22 février 1893 à Nancy (Meurthe-et-Moselle)

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX
MÉDECIN AIDE-MAJOR DE 1re CLASSE, AUX ARMÉES

Examinateurs de la thèse :

MM. WEISS, professeur. . . . *Président.*
L. SPILLMANN, professeur. } *Juges.*
G. MICHEL, agrégé. . . . } *Juges.*
J. PARISOT, agrégé. . . . } *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIES RÉUNIES DE NANCY
—
1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1918-1919 2 Série N° 91

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

MÉGACÔLON

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 10 juillet 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

ANTONIN BERGERET

Né le 22 février 1893 à Nancy (Meurthe-et-Moselle)

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX
MÉDECIN AIDE-MAJOR DE 1re CLASSE, AUX ARMÉES

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Examinateurs de la thèse :

MM. WEISS, professeur. . . . *Président.*
L. SPILLMANN, professeur. } *Juges.*
G. MICHEL, agrégé. . . . } *Juges.*
J. PARISOT, agrégé. . . .

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIES RÉUNIES DE NANCY
—
1919

UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. E. MEYER, ✻, I ✪.
Assesseur : M. WEISS, O ✻, I ✪.
Doyen honoraire : M. F. GROSS, O ✻, I ✪.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, ✻, I ✪ ; NICOLAS, ✻, I ✪ ; PRENANT, ✻, I ✪ ; F. GROSS, O ✻, I ✪ ; M. CHRÉTIEN, I ✪.

Professeurs :

Clinique chirurgicale	M. WEISS, O ✻, I ✪.
Chimie médicale et Toxicologie	M. GARNIER, I ✪.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. HERRGOTT, ✻, I ✪.
Hygiène	M. MACÉ, I ✪.
Physiologie	M. E. MEYER, ✻, I ✪.
Clinique médicale	M. SIMON, I ✪.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, I ✪.
Clinique ophtalmologique	M. ROHMER, I ✪.
Médecine légale	M. P. PARISOT, ✻, I ✪.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUHSALTER, ✻, I ✪.
Histologie	M. BOUIN, ✻, I ✪.
Anatomie descriptive	M. ANCEL, I. ✪.
Anatomie pathologique	M. HOCHE, ✻, I ✪.
Clinique médicale	M. ETIENNE, I ✪.
Clinique chirurgicale	M. VAUTRIN, ✻, I. ✪.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. L. SPILLMANN, ✻, I ✪.
Clinique de chirurgie infantile et orthopédie	M. FRŒLICH, ✻, I ✪.
Physique médicale	M. N .

Chargés de Cours complémentaires :

Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. JACQUES, ✻, I ✪, agrégé libre.
Clinique des voies urinaires	M. ANDRÉ, ✻, I ✪, agrégé libre.
Médecine opératoire	M. MICHEL, I ✪, agrégé libre.
Clinique chirurgicale élémentaire (1).	M. MICHEL, I ✪, agrégé libre.
Clinique des maladies mentales	M. PARIS, I ✪.
Clinique des maladies des vieillards	M. RICHON, ✻, I ✪, agrégé.
Accouchements	M. FRUHINSHOLZ, ✻, I ✪, agrégé libre.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. PERRIN, A ✪, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. J. PARISOT, ✻, A ✪, agrégé.
Pathologie externe	M. G. GROSS, ✻, I ✪, agrégé.
Thérapeutique et Matière médicale	M. N...
Clinique médicale élémentaire (1).	M. N...
Clinique d'électrothérapie	M. N...

Agrégés en exercice :

MM.	MM. COLLIN, A ✪.	MM. BINET, A ✪.
LAMBERT, I ✪.	SENCERT, ✻, I ✪.	PERRIN, A ✪.
RICHON, ✻, I ✪.	ROBERT, I ✪.	THIRY, I ✪.
G. GROSS, ✻, I ✪.	BUSQUET, A ✪.	FAIRISE.
FRUHINSHOLZ, ✻, I ✪.	LUCIEN, ✻, A ✪.	J. PARISOT, ✻, A ✪.

Agrégés libres

MM. REMY, A ✪, FÉVRIER, G O ✻, I ✪, JACQUES, ✻, I ✪, ANDRÉ, ✻, I ✪, MICHEL, I ✪.

M. LAMBERT des CILLEULS, ✻, ⚓, I, ✪ Secrétaire honoraire.
M. H. COIFFARD, I ✪, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

Aux Chasseurs,

A mes Chefs,

A mes Camarades
des 12e et 30e Bataillons Alpins

En témoignage d'admiration,
parce qu'ils m'ont révélé
l'Ame Française.

INTRODUCTION

En arrivant comme assistant militarisé à la Clinique chirurgicale de l'Université de Strasbourg, notre attention fut attirée par un malade que nos collègues alsaciens nous présentèrent comme un sujet porteur de mégacôlon. Nous confessons avoir été un peu saisi de la volubilité et de l'aisance avec lesquelles ils nous parlaient de cette affection dont seul le nom — nous l'avouons sans fausse honte — ne nous était pas inconnu.

N'ayant jamais rencontré de cas semblable au cours de nos études, nous cherchâmes aussitôt à combler cette lacune et à nous documenter dans les ouvrages français que nous avions à notre disposition.

Nous fûmes un peu déçu de constater qu'ils ne nous offraient, relativement à cette affection, que quelques courtes pages de Précis moderne et quelques brefs comptes rendus de discussions de sociétés savantes.

Des conversations ultérieures avec nos collègues nous apprirent que la littérature allemande, par contre, regorgeait de publications diverses sur cette affection intestinale. Nous trouvâmes, en effet, dans la seule bibliothèque de la Clinique chirurgicale, une quantité d'articles de périodiques sur la question.

Un coup d'œil sur un index bibliographique très complet nous montra que sur un total de 343 publications relatives à ce mégacôlon, 23 seulement étaient apportées par des auteurs français : les quatre cinquièmes des écrits étaient allemands.

A quoi tient cette formidable disproportion?

L'affection serait-elle plus fréquente en Allemagne? puisque c'est un fait biologique que la race germanique a au moins sur la latine une certaine supériorité de longueur intestinale. Est-elle plus simplement encore mal individualisée en France, et pour cela méconnue? C'est l'opinion la plus plausible.

Aussi, avons-nous cru opportun d'étudier celles des publications allemandes qui nous ont paru les plus intéressantes pour en dégager quelques éléments et les grouper dans notre thèse inaugurale.

Notre travail de synthèse eût dépassé les limites que certaines circonstances ont imposées à sa rédaction, si nous avions voulu traiter entièrement la question du mégacôlon. Aussi, avons-nous été obligé d'élaguer, et, pour cela, avons-nous mis délibérément de côté les chapitres trop encombrés de l'étiologie et de la pathogénie de cette affection. Les auteurs allemands s'étendent à l'envi dans des considérations nuageuses à ce sujet; il n'en est guère qui n'aient construit une théorie nouvelle sur la base d'un seul cas observé par eux. La fantaisie n'obéissant à aucune règle, c'eût été se perdre que de vouloir chercher à établir seulement un plan où toutes ces théories eussent pu trouver place.

Nous nous en sommes tenu à des données pratiques et d'intérêt immédiat. L'essentiel, avant toute discussion, étant de savoir diagnostiquer le mégacôlon pour pouvoir le traiter, nous avons fait de ces deux préoccupations le noyau de notre travail.

Dans le chapitre du diagnostic, nous avons rassemblé, à côté des points cliniques capitaux, les différents moyens les plus récemment utilisés pour préciser l'étendue des lésions. Nous avons accordé une petite place au diagnostic pathogénique, ce dernier pouvant avoir à intervenir dans l'établissement des indications opératoires.

Dans le chapitre du traitement, nous avons comparé les résultats de la thérapeutique interne et de la thérapeutique sanglante, d'après diverses statistiques: puis, nous avons développé les ressources de chacune de ces deux méthodes. Nous l'avons parachevé en donnant les grandes lignes des indications du traitement suivant l'âge des sujets ou les cas cliniques.

Nous avons cru bon, avant d'aborder le diagnostic et le traitement, de préciser dans quelques pages de définition et d'historique critique ce qu'il fallait entendre exactement par mégacôlon et quel était, à notre sens, le domaine exact de ce terme générique.

Nous avons enfin terminé notre travail par la relation de deux observations inédites.

La première concerne cet homme dont le cas nous donna l'idée d'étudier spécialement la question du mégacôlon. Nous avons trouvé des renseignements verbaux et écrits très précieux sur l'histoire antérieure de ce sujet. Nous l'avons observé pendant quelque

temps et avons eu la bonne fortune d'assister à l'opération de la résection sigmoïdienne qui a été décidée et exécutée avec un plein succès par notre Maître, M. le Professeur agrégé SENCERT.

La seconde concerne un jeune garçon de 12 ans qui a subi avec succès, en 1918, la résection de son anse sigmoïde pour mégacôlon segmentaire limité à cette portion intestinale. Nous avons pu trouver sur son cas une observation complète avec radiographie et avons pu en disserter à loisir avec un confrère alsacien qui aida à l'opération.

Nous avons fait revenir l'enfant de la campagne pour pouvoir l'examiner, constater son état actuel et vérifier radiologiquement l'état de son intestin depuis l'intervention.

Nous avons ajouté à ces observations inédites quelques observations intéressantes que nous avons traduites dans des périodiques de ces toutes dernières années et que nous croyons très instructives pour préciser dans l'esprit du lecteur la silhouette du mégacôlon.

CHAPITRE I

DÉFINITION ET HISTORIQUE

Il faut entendre sous le nom de « mégacôlon » un certain état de gigantisme du gros intestin. Les auteurs, dans leurs descriptions, emploient jusqu'à des comparaisons telles que : intestin de bœuf ou de cheval, jambe fléchie sur la cuisse, estomac d'adulte. De tels cas existent; mais, en général, le terme de mégacôlon peut s'appliquer à des dilatations qui, tout en étant considérables, n'atteignent pas à cette exceptionnelle exubérance.

La dilatation mégacôlique s'accompagne toujours d'hypertrophie de la paroi intestinale.

L'ectasie est généralisée à tout le gros intestin ou localisée à un de ses segments : dans ce dernier cas, c'est l'anse sigmoïde qui en est de beaucoup le siège le plus fréquent.

Certains auteurs complètent la définition du mégacôlon en spécifiant *que la dilatation existe seule et qu'elle n'est pas symptomatique d'un obstacle anatomique, quel qu'il soit, primitivement apporté au cours des matières.*

Nous croyons cette restriction injustifiée et pour assurer nos dires, nous allons résumer dans un rapide historique l'évolution du sens du terme de mégacôlon et l'extension qu'il a prise dans ces derniers temps.

C'est Hirschsprung qui, en 1888, attira le premier l'attention sur une maladie à laquelle il donna le nom de « Mégacôlon congénitum ». Les trois cas qu'il publiait alors et sur lesquels était basée son étude, concernaient de très jeunes enfants qui depuis leur naissance avaient souffert d'une constipation opiniâtre.

La principale constatation clinique accompagnant ce symptôme était un énorme ballonnement de l'abdomen. Les trois sujets moururent. Leur autopsie montra que ce ballonnement était dû à une colossale dilatation de tout le côlon. On chercha, sans absolument pouvoir le trouver, un obstacle mécanique dans l'intestin pour expliquer la cause de cet état de choses. Tout l'intestin, du caecum à l'anus, était élargi sans que soit perceptible le moindre rétrécissement à l'extrémité terminale de ce conduit, fait qu'avait déjà mis en lumière l'exploration clinique. Hirschsprung crut alors pouvoir affirmer que cette dilatation, qui avait entraîné avec elle une hypertrophie de la paroi intestinale, était une anomalie congénitale.

Voilà donc posé ce que nous appellerons le dogme de la maladie d'Hirschsprung : cliniquement, constipation opiniâtre et ballonnement considérable du ventre; anatomiquement, dilatation congénitale de l'intestin avec hypertrophie de la paroi.

A la suite de cet auteur, d'autres cliniciens, dont l'esprit avait été mis en éveil par sa publication, décrivirent des cas analogues sous le nom de maladie d'Hirschsprung. Mais sur la quantité de ces derniers, il n'en était que très peu qui pouvaient satisfaire à la condition essentielle du caractère congénital des lésions. Ici on trouva un obstacle mécanique pour expliquer la dilatation du gros intestin et ses conséquences cliniques : devait-on rejeter ce fait tangible pour conserver au dogme d'Hirschsprung la précaire autorité de l'hypothèse?

Là on observa chez l'adulte jusqu'alors assez bien portant le tableau clinique et les lésions observées par Hirschsprung chez les seuls très jeunes enfants : devait-on, par respect pour une formule et pour ne pas modifier une conception magistrale, décrire une nouvelle entité au risque de compliquer les choses et d'embrouiller les idées?

Quoi qu'il en ait été, Hirschsprung maintint fermement son point de vue.

Il avait dit en 1888, pour bien montrer que la dilatation côlique était primitive et bien différente de celle qui se produit au-dessus d'un obstacle : « Selon moi, rien n'indique qu'il y ait eu, dès le commencement, des difficultés péristaltiques qui aient causé l'af-

fection. Cela me paraît contredit par la forme ondulante de l'intestin avec ses parties alternativement dilatées et étroites, toutes participant à l'hypertrophie, et aussi par l'absence de rétrécissement ou d'adhérences. C'est pourquoi je considère la déformation en question comme le résultat d'un défaut dans la première disposition intra-utérine ».

Il répète en 1900 : « On n'a pas assez considéré que le fait le plus caractéristique du mégacôlon consiste justement dans l'entrave au passage des matières intestinales, quoique le calibre soit libre et large partout ».

Il conserve donc à son opinion tout son exclusivisme. Si on l'avait respecté, la maladie qui porte son nom serait restée dans l'ombre, à cause du nombre infime de ses cas purs, et ne passionnerait pas l'opinion médicale à un degré dont nous avons pu nous rendre compte en lisant les comptes rendus des sociétés savantes et en étudiant une quantité de publications allemandes à ce sujet.

Mais bientôt, à tort ou à raison, les limites de son cadre ont été forcées parce qu'on y a fait entrer tous les cas qui aux seuls points de vue clinique et anatomo-pathologique pouvaient se réclamer de la description magistrale. Alors qu'Hirschsprung, de 1888 à 1900, en douze ans, n'avait pu réunir que huit cas correspondant exactement à sa formule initiale intégrale, différents cliniciens étudièrent dans le même temps l'affection sur la base de quelques cas personnels et de centaines d'observations collectées dans

toutes les littératures. Une telle disproportion indique un défaut de concordance entre le point de vue d'Hirschsprung et le point de vue de ces derniers auteurs. C'est la question pathogénique qui les sépare.

Aussi exclusivistes qu'Hirschsprung les uns émettent des théories nouvelles en généralisant les résultats de leurs propres investigations. Sur la simple découverte d'un obstacle mécanique dûment constaté une fois, ils affirment qu'il doit en être toujours ainsi (Fenwick) et que l'hypothèse de la dilatation idiopathique congénitale n'est qu'une pure vue de l'esprit. Les autres (Mya, Marfan), plus modérés et en quelque sorte fascinés par la condition congénitale voulue par Hirschsprung, tout en ne pouvant pas admettre que la dilatation soit purement congénitale, assignent pourtant à cette dernière une cause congénitale primitive, d'où elle serait issue secondairement (hypoplasie des éléments nerveux, hypoplasie de la musculature, exagération des inflexions de l'S iliaque).

Ainsi donc, au lieu d'avoir comme préoccupation essentielle de mettre de l'ordre dans la question du mégacôlon, ces discussions semblent dévier dans une véritable lutte d'écoles. Le souci scientifique s'efface, dirait-on, derrière la nécessité de sauvegarder l'autorité d'un nom. Pourquoi déclarer que seule la maladie d'Hirschsprung existe comme entité morbide, qu'elle est l'apanage exclusif du mégacôlon et que tous les autres cas qu'on lui a assimilés n'ont avec elle qu'une très grossière ressemblance et ressortissent

au pseudo-mégacôlon, ce dernier, au surplus, étant l'effet plutôt que la cause de la constipation chronique de quelque nature qu'elle soit?

Le côlon est dilaté et hypertrophié ou il n'est ni l'un ni l'autre : ce serait une absurdité de parler de pseudo-dilatation ou de pseudo-hypertrophie devant des lésions de dilatation et d'hypertrophie avérées, mais qui auraient le grand dommage de ne pas être congénitales.

Nous considérons qu'il faut mettre à l'arrière plan toutes ces arguties. Il importe de laisser délibérément de côté la question pathogénique qu'on a eu le tort de mettre en première ligne jusqu'ici dans les débats. Une théorie pathogénique implique une part d'hypothèse et de raisonnement, et par là porte en soi sa faiblesse. La rigueur scientifique exige des bases plus tangibles, plus positives. Or quel est le fait constant, invariable, que nous trouvons chez certains individus, nouveau-nés ou adultes, qui présentent de la constipation opiniâtre de longue date et un ballonnement inaccoutumé du ventre ? Un fait anatomique : le mégacôlon. Qu'on laisse donc à ce seul « mégacôlon » la valeur du terme générique englobant tous les cas d'origine disparate. Cette vaste classe reconnue, on aura le loisir, après, d'établir dans son sein des catégories secondaires : mégacôlon congénital, par exemple, occasionnant le syndrome typique d'Hirschsprung; mégacôlon acquis, causant de la constipation chronique chez l'adulte ou s'établissant insidieusement et se manifestant un jour par une crise d'occlusion aiguë.

Pour nous, nous ne nous étendrons pas davantage dans l'étude de cette partie théorique et nous ne nous occuperons que des moyens de diagnostiquer et des façons de traiter cette intéressante affection.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC

I. — DIAGNOSTIC POSITIF CLINIQUE

Il s'appuie sur un ensemble de symptômes essentiels qui, lorsqu'ils sont au complet, constituent le syndrome typique d'Hirschsprung. Nous allons les décrire brièvement et nous signalerons ensuite, après les symptômes généraux, ceux des symptômes secondaires qui s'y adjoignent le plus communément.

Symptômes essentiels

a) *La constipation*

Elle a une physionomie toute particulière au cours de cette singulière affection. Chez l'enfant, le méconium, en dépit des manœuvres manuelles, ne s'évacue qu'au bout de plusieurs jours : quatre jours, six jours, quinze jours (Concetti), trois semaines même (Björksten).

Chez l'adulte, ces chiffres sont ordinairement un minimum. Des constipations d'une durée de six semaines sont fréquemment citées. Bogoljubow, Luria en mentionnent des cas d'une durée de trois mois.

Un second caractère de cette constipation, c'est que les selles ne peuvent s'obtenir qu'avec des lavements. Les selles spontanées sont l'extrême exception.

Un troisième, c'est que la rétention des matières qui résulte de cette constipation aboutit à la formation de tumeurs stercorales qui constituent un symptôme très fréquent et sont, nous le verrons plus loin, la cause de très nombreuses erreurs de diagnostic. Leur dimension est variable (jusqu'à 10 k. 600 d'après Concetti), mais surtout leur situation : elles sont la plupart du temps logées dans l'anse sigmoïde et comme celle-ci, de par sa colossale dilatation, peut occuper tout l'abdomen, on les trouve aussi bien dans l'hypocondre droit que dans l'hypocondre gauche.

A l'arrêt des matières s'ajoute, le plus souvent, l'arrêt des gaz, mais non d'une façon absolue. Les malades peuvent, en général, y remédier et se soulager eux-mêmes soit en s'introduisant un doigt dans le rectum, soit en prenant certaine position qui lève un obstacle et amène l'évacuation.

b) *Le ballonnement*

Il est, cela va de soi, secondaire à la constipation. Il peut apparaître très tôt : un, deux jours déjà après la naissance. Son caractère essentiel est sa régulière

progression. Il a, comme particularité morphologique, d'entraîner une augmentation de la distance xyphoïde-ombilic par rapport à la distance ombilic-symphyse.

c) *Le péristaltisme*

On entend par là la perception visuelle ou tactile de la contraction intestinale à travers la paroi abdominale. Quand ce phénomène ne se produit pas spontanément au cours de l'examen, on peut le provoquer en donnant de légères chiquenaudes sur le ventre. Il est quelquefois si accusé qu'il peut être nettement saisi par la photographie.

Symptômes généraux

L'état général est diversement influencé par l'affection. Certains sujets — et ceci s'observe le plus souvent chez les enfants — se maintiennent dans un apparent bien-être. Ils mangent de bon appétit, conservent un bon état de nutrition, sont d'humeur égale et vivent sans rien laisser paraître. Cet état de choses demeure jusqu'à ce que soit atteinte une phase de tolérance-limite particulière à chaque individu.

D'autres, au contraire, sont bientôt déprimés. Ils ont des maux de tête rebelles, perdent la mémoire et ne peuvent s'adapter à aucun travail. Ils manifestent de l'inquiétude et sont en proie à d'épuisantes insomnies. Cependant l'appétit est paradoxalement exagéré et quelque nourriture qu'ils ingèrent, ces malades ne sont jamais rassasiés.

Symptômes accessoires

Quelquefois s'observent des phénomènes englobés par Chatin sous la dénomination d'hydropneumocôlon, par assimilation au tableau que donne une cavité pleurale dans laquelle existe un pyopneumothorax. A l'auscultation de l'abdomen on entend des borborygmes : les bruits respiratoires parviennent à l'oreille sous forme d'un violent souffle amphorique et on peut obtenir également la succussion hippocratique.

La dilatation exubérante du contenu abdominal comprime les organes thoraciques et déforme le thorax lui-même. Ce dernier ressemble à une pyramide qui recouvrirait la sphère du ventre (Blochmann). Il est quelquefois extraordinairement élargi en bas : les côtes sont disjointes, le sternum devient horizontal dans sa portion inférieure. A la suite de la tension que subit le diaphragme, les mouvements respiratoires sont contrariés : l'asphyxie peut menacer. Le cœur est le plus souvent refoulé en haut et à droite. La pointe peut être trouvée dans le deuxième, le troisième espace intercostal, quelquefois à droite du sternum. Cette compression anormale jointe à la résorption des toxines au niveau de la rétention suffit à expliquer bien des cas de mort subite.

La peau de l'abdomen présente souvent de la circulation collatérale. L'irradiation du réseau veineux autour de l'ombilic réalise le type de la tête de Méduse. Les muscles abdominaux sont flasques. Le

ventre est presque partout tympanique, sauf aux endroits où se trouve une tumeur stercorale.

Par suite des phénomènes de compression, des œdèmes peuvent régner dans toutes les parties du corps, principalement dans les parties déclives. La compression des uretères peut amener de l'oligurie.

Les vomissements sont d'une exceptionnelle rareté et parmi ceux-ci les vomissements fécaloïdes sont encore moins signalés que les simples vomissements alimentaires qui peuvent être imputés à de la compression duodénale.

Les douleurs sont variables. En général, elles n'existent qu'en cas de très violent péristaltisme.

L'affection évolue sans fièvre. Quand cette dernière apparaît, c'est le signe de l'adjonction d'une grave complication : la côlite. C'est elle qui entraîne la mort des porteurs de mégacôlon quand ils ne sont pas enlevés plus rapidement par une occlusion aiguë surajoutée.

II. — DIAGNOSTIC PHYSIQUE

A. — Le toucher rectal

Il peut donner des renseignements de deux ordres. Pathogéniquement, il peut permettre de déceler un spasme du sphincter anal ou du sphincter inférieur du rectum. Il peut aussi donner l'occasion de percevoir l'existence d'un obstacle valvulaire, comme le

cas est arrivé à Göppert : ayant introduit un doigt à 6-7 centimètres au-dessus de l'anus dans la direction du promontoire, il courba légèrement en avant la phalangette et eut soudain l'impression de pénétrer dans la cavité péritonéale. Mais dès qu'il eût retiré son doigt, il se produisit une débâcle bruyante de selles liquides mélangées à des gaz. Il s'agissait d'un obstacle valvulaire que l'exploration digitale avait momentanément levé.

Anatomiquement, le toucher renseigne sur l'existence d'une dilatation rectale : le doigt, après avoir franchi le sphincter, arrive parfois dans une cavité tellement élargie que les parois intestinales devenues une véritable tapisserie intérieure du petit bassin ne sont plus accessibles.

B. — Rectoscopie

Elle permet à l'œil de contrôler et de compléter les renseignements fournis par le toucher. Elle est surtout utile pour dépister les obstacles valvulaires.

C. — Examen a la sonde

Une simple sonde de Nélaton peut suffire. On l'introduit dans le rectum et on lui imprime des mouvements de circumduction qui permettent d'apprécier le degré de dilatation — ou du rétrécissement, s'il s'agit d'un obstacle.

La sonde, poussée plus haut, pourra être perçue par une main exploratrice palpant la paroi abdominale. Cette manœuvre combinée situera dans ses grandes lignes l'anse sigmoïde dans l'esprit de l'observateur.

D. — Insufflation

Elle n'est à employer qu'avec circonspection. On comprendra facilement que l'élévation de la tension intestinale et concomitamment la compression du diaphragme soient un danger à ne pas négliger. On la pratiquera très progressivement, et au fur et à mesure que l'air pénétrera dans la lumière intestinale, la percussion abdominale renseignera sur la topographie et le degré du mégacôlon.

E. — Rayons X

On ne pourra pas se passer de ces derniers si l'on veut connaître certains détails avec précision et, en particulier, si l'on veut obtenir des renseignements d'importance capitale pour l'opportunité de la conduite d'une intervention chirurgicale. Trop souvent jusqu'ici, dans l'histoire du mégacôlon, ce n'est que la laparotomie exploratrice qui a permis de connaître les données du problème. Il tombe sous le sens qu'il est préférable pour le chirurgien d'opérer en toute connaissance de cause au lieu d'en être réduit à improviser devant une situation inattendue.

Les rayons X serviront à deux épreuves : l'examen à la sonde métallique et l'examen aux bouillies opaques.

a) *Examen à la sonde métallique*

Comme instrumentation, on pourra établir à peu de frais une sonde exploratrice en introduisant dans la lumière d'une sonde ordinaire en gomme un fil métallique souple (par exemple un fil de plomb fusible employé en électricité) ou une fine chaînette d'argent ou de laiton.

Les Allemands emploient couramment des sondes spécialement établies à cet effet et auxquelles Kuhn, leur inventeur, a donné le nom de « Spiralgummidarmrohr » ou « Métallschlauchsonde ».

L'instrument se compose essentiellement d'un tube métallique souple et flexible recouvert d'une gaîne en gomme. En introduisant un mandrin dans l'intérieur, on peut la rendre rigide à volonté sur telle longueur qu'on aura désiré.

Déjà la manœuvre d'introduction de cette sonde, avant le contrôle de l'écran, peut donner des renseignements intéressants. Si elle a été introduite facilement, sans résistance jusque vers le diaphragme, c'est une garantie que l'anse sigmoïde s'étend jusqu'à ce voisinage. On s'assure du fait par la radioscopie.

Mais l'anse sigmoïde n'est pas seule intéressée dans le mégacôlon. La branche descendante participe très souvent à l'ectasie et quelquefois aussi les autres parties du côlon. Dans ces conditions, un examen ne doit

pas se satisfaire de la découverte d'une grosse anse sigmoïde. Il faut pousser à fond les investigations. Ici cesse l'utilité de la sonde qui n'a pas une docilité suffisante pour parcourir le trajet sinueux de l'intestin, et les recherches radioscopiques au moyen de bouillies opaques ingérées ou injectées entrent alors en jeu.

b) *Examen aux bouillies opaques*

Nous signalerons ici aussi la nécessité d'agir avec prudence à cause des risques inhérents à la surdistension intestinale.

La présence des matières fécales encombrant l'intestin s'oppose parfois à l'obtention d'images nettes. Les ombres des masses stercorales et la bouillie donnent ensemble des figures indéchiffrables. Il y aura donc lieu, toutes les fois que ce sera possible, de préparer l'intestin à l'examen radiocopique en le vidant par des soins réguliers, dussent ces derniers durer plusieurs semaines.

Ces ombres stercorales sont parfois si prononcées qu'on a pensé pouvoir se contenter de leur présence pour obtenir une image radioscopique satisfaisante sans qu'il soit besoin d'adjoindre de solutions opaques. En fait, les contours intestinaux ne sont jamais aussi bien marqués qu'avec l'emploi des bouillies barytées ou bismuthées et nous recommandons la conduite indiquée ci-dessous.

On introduira la bouillie opaque dans l'intestin, soit par l'intermédiaire de la voie buccale, soit direc-

tement par voie rectale. La première manière donne des résultats beaucoup moins bons; la bouillie arrive lentement dans le gros intestin, se fractionne, ne le remplit pas, et l'interprétation de l'image est très difficile. Au surplus, elle est difficilement supportée par les enfants. La méthode des lavements est de beaucoup préférable. On a, avec ce procédé, la facilité de suivre la progression de la bouillie dans le rectum, l'anse sigmoïde et les côlons. Dans le cas que nous publions plus loin (Observation I), nous avons eu sous les yeux le spectacle de la bouillie remplissant d'abord le rectum puis cheminant dans une branche de l'anse sigmoïde jusque vers une zone comprise entre le foie et l'ombilic; là, changement de direction et descente de la bouillie jusque vers la fosse iliaque gauche; au moment où, après un dernier changement de direction, l'ombre commençait à envahir de bas en haut le côlon descendant, nous avons arrêté l'injection et fixé l'image par la photographie. Nous avons assisté, pour ainsi dire, au dessin vivant de la lésion sur l'état de laquelle nous désirions être fixés.

Dans les cas légers où l'on peut attendre et où l'on a tout le loisir de pratiquer un examen approfondi, l'examen aux bouillies opaques aura toujours la priorité. Dans les cas où une décision opératoire doit rapidement intervenir, l'examen à la sonde reprendra l'avantage : d'abord à cause de son appréciable rapidité et ensuite parce qu'il n'entraîne pas les dangers de la surdistension intestinale par l'injection de substances étrangères.

III. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

A. — En crise d'occlusion

Le diagnostic de mégacôlon est-il possible par le seul examen d'un sujet qu'on amène au chirurgien dans un état semi-comateux avec comme seul renseignement l'arrêt des matières depuis tant de temps ?

A la vérité, le problème est presque insoluble, posé dans ces conditions. Des cas sont relatés, dans lesquels le mégacôlon peut rester latent et bien supporté pendant des années. La première manifestation de son existence est une occlusion plus ou moins aiguë suivant qu'elle est due à une accentuation de la stase qui était habituellement bien supportée, à une coudure ou à un volvulus de l'anse sigmoïde anormalement dilatée ou allongée. Les antécédents ne révèlent rien d'essentiel dans le passé intestinal. Dans ces conditions, le chirurgien ne pense pas à l'anomalie mégacôlique et pose un diagnostic étiologique erroné. Erreur excusable, car elle est logique.

Par contre, si la famille ou l'individu lui-même apportent des renseignements abondants sur les antécédents intestinaux, sur la constipation qui sévit depuis très longtemps, sinon depuis toujours, on devra penser au mégacôlon.

B. — En période de troubles chroniques

L'étude doit en être faite séparément chez l'enfant et chez l'adulte, car la physionomie clinique diffère chez l'un et chez l'autre, bien qu'elle soit établie sur des symptômes essentiels identiques.

a) *Chez l'enfant*

1° *Avec les constipations congénitales.* — Elles sont d'origines diverses, mais toutes, en général, sont améliorées par le traitement interne. La caractéristique de la constipation dans le syndrome d'Hirschsprung est d'être, au contraire, rebelle aux purgatifs et de ne céder qu'à l'emploi journalier de lavements qui ne guérissent pas la maladie, mais qui soulagent le malade chaque jour. La distension abdominale et l'hydropneumocôlon manquent dans les constipations congénitales simples.

2° *Avec le gros ventre des rachitiques.* — Le diagnostic est parfois assez difficile à cause de la possibilité de l'existence simultanée des deux affections. Sans cela, la confusion paraît à peine excusable : dans le rachitisme, le ballonnement n'atteint jamais le degré de celui du mégacôlon et, de plus, le péristaltisme y fait défaut.

3° *Avec la péritonite tuberculeuse.* — Les seules ressources cliniques peuvent être insuffisantes pour trancher le problème, surtout si l'on a affaire à la forme

fibro-caséeuse. La péritonite tuberculeuse s'accompagne de distension de l'abdomen; la constipation y est fréquente; la matité en damier due à l'alternance des zones mates (gâteaux péritonéaux) et sonores (anses intestinales dilatées) peut donner le change avec la matité des masses stercorales et la sonorité des zones ectasiées du mégacôlon. Les troubles de l'évacuation intestinale, les diarrhées, la cachexie progressive contribuent dans ces cas à prolonger l'erreur. Nous citerons ici un cas typique emprunté à Göbell.

Willi Köpke, 7 ans.

A montré dès ses premières années de fréquentes périodes de constipation et un gros ballonnement du ventre.

Depuis sa cinquième année, constipation et fortes diarrhées ont alterné, cependant que s'installait une tendance aux vomissements.

En dernier lieu les diarrhées devinrent si profuses, le ballonnement du ventre si colossal que l'enfant fût envoyé dans une clinique avec le diagnostic de tuberculose intestinale et de péritonite tuberculeuse.

Examen à l'entrée à la clinique.

Enfant grêle, pâle, très maigre; lèvres desséchées, langue sèche et chargée. Au cou se trouvent quelques ganglions du diamètre maximum d'une noisette, durs, non ramollis. Rien de particulier du côté pulmonaire. Le ventre est fortement ballonné; l'ombilic est saillant. Zone de matité large d'une main dans les parties déclives : les changements de position ne la faisant pas varier, on rejette l'idée d'un épanchement

dans la cavité péritonéale. Aucune anse intestinale ne se distingue. Pas de péristaltisme exagéré. L'enfant a des diarrhées profuses très alarmantes.

On confirme le diagnostic de tuberculose intestinale et de péritonite tuberculeuse. La réaction à la tuberculine est positive. On institue un traitement médical intense, mais devant son insuccès on se résout au bout de trois semaines à une laparotomie exploratrice.

On se trouve, à l'ouverture du ventre, en face d'une anse sigmoïde qui impose le diagnostic de mégacôlon; absolument pas traces de lésions tuberculeuses. On pratiqua la résection en deux temps et l'enfant fut complètement guéri.

Dans un tel cas, il n'était guère que les moyens physiques qui eussent pu empêcher l'erreur clinique.

4° *Avec la fièvre typhoïde ou la tuberculose miliaire.* — L'erreur ne peut avoir lieu que lorsque sont venues s'ajouter au mégacôlon les manifestations de la côlite : diarrhées fébriles, amaigrissement progressif, ventre affaissé. Une enquête approfondie sur le passé intestinal du malade permettra de l'éviter.

5° *Avec le syndrome pseudo-ascitique.* — L'erreur a été commise plusieurs fois. Dans un cas rapporté par Frommer elle fut fatale, car la ponction entreprise se solda par une péritonite mortelle. Il semble qu'avant d'arriver à cette exploration qui n'est jamais anodine, on aurait pu rectifier le diagnostic par une interprétation plus scrupuleuse des signes physiques.

b) *Chez l'adulte*

Nous devons introduire ici une subdivision et considérer le diagnostic suivant que l'on a affaire à la forme localisée avec tumeur ou à la forme généralisée.

1° *Forme avec tumeur.* — Elle est responsable des plus grosses erreurs. Les plus grands maîtres s'y sont trompés et nous croyons utile de donner ici connaissance de quelques-unes de ces erreurs dans le cadre même où elles se sont produites pour qu'en découlent de profitables enseignements.

CAS DE TUFFIER (1907)

Jeune fille de 20 ans, entre, le 16 février 1907, pour être traitée d'une volumineuse tumeur de l'abdomen ; au premier examen, on voyait au-dessous de l'ombilic, une énorme saillie ronde, médiane, descendant au pubis et représentant une grossesse au sixième mois.

Le passé pathologique de la malade était tout entier d'ordre digestif ; constipation opiniâtre, datant de l'enfance, ne cédant au début qu'avec des lavements et devenant de plus en plus accusée. Des douleurs survenaient, sous forme de crises, s'accompagnant de borborygmes et de contractions intestinales, visibles et tangibles. Le ventre se développa à partir de 13 ans. L'état général, d'abord bon, s'affaiblit progressivement, et l'amaigrissement fut très marqué.

Examen. — Tumeur du volume d'une tête de fœtus, indolore, dure, mobile, mate. Au toucher vaginal, elle était indépendante de l'utérus, et placée en avant de lui. On fit le diagnostic de kyste dermoïde de l'ovaire.

Il s'agissait, en réalité, d'un mégacôlon segmentaire iliaque contenant dans son intérieur un calcul stercoral de 1 kg. 450.

CAS DE POZZI (1905)

Jeune homme, 17 ans. Constipation datant de l'enfance ; le méconium a été évacué le troisième jour. Jusqu'à ce jour, trois crises d'obstruction. Il entre à l'hôpital pour une tumeur abdominale, de nature indéterminée ; les lavements et les purgatifs demeurent sans effet.

Laparotomie, 28 mars 1905. Le gros intestin est ectasié dans la région située un peu au-dessus de l'ampoule rectale et atteignant la partie inférieure de l'S iliaque.

Colotomie ; extirpation d'un fécalome de 700 grammes ; coloplicature.

CAS DE BROOK (1905)

Jeune fille de 21 ans, présentant dans le bas-ventre, à gauche de la ligne médiane, une grosse tumeur, dure, globuleuse, mate, paraissant avoir pris naissance dans le bassin. On pense à une tumeur solide de l'ovaire.

Laparotomie. Côlon très dilaté et très épaissi, surtout au niveau de l'S iliaque, qui contenait un stercorome de 600 grammes. Colotomie simple ; extraction de la masse fécale. Coloplicature. Guérison sans incident.

CAS DE RICHE ET CHEVASSU (1905)

B... L., 23 ans, cocher, entre le 13 avril 1905 à l'hôpital Cochin, dans le service du Dr Quénu, suppléé par le Dr Riche, pour une énorme tumeur abdominale.

Le malade a toujours été très constipé, même dans sa première enfance. Les parents affirment que le ventre de leur fils a toujours été plus gros que celui d'un enfant normal. Mais le ventre est très volumineux depuis deux ans surtout, et c'est depuis ces cinq derniers mois que la constipation est devenue excessive. De plus, depuis quelque temps, le malade présente un peu de pollakiurie ; il est obligé d'uriner deux fois chaque nuit.

Le ventre est énorme. Il présente un élargissement considérable qui se continue sur toute la surface du thorax, qui est très anormalement dilatée. Il est en même temps saillant en

avant ; le point culminant de cette saillie siège à 10 centimètres à gauche de l'ombilic.

Au palper, on constate l'existence d'une tumeur qui remplit la partie moyenne et la partie gauche de l'abdomen. A gauche, elle se prolonge dans le flanc en une courbe régulière. A droite, elle présente, au niveau de l'ombilic, une dépression profonde qui sépare deux énormes bosselures, l'une qui remonte jusqu'au rebord costal sous lequel elle disparaît, l'autre qui descend jusqu'au pubis, derrière lequel elle s'enfonce. La tumeur présente à sa surface de petites bosselures.

La consistance est dure. La tumeur ne subit pas l'influence des mouvements de la respiration ; elle ne semble pas mobile dans le sens vertical ; mais elle possède une légère mobilité transversale. Les muscles grands droits, faciles à sentir, sont très fortement écartés l'un de l'autre ; le bord interne du grand droit gauche est à 13 centimètres de l'ombilic.

A la percussion, la tumeur est sonore partout ; on sent, de plus, en appuyant un peu brusquement sur elle, des gargouillements. Aucune zone de matité anormale ; pas d'ascite. L'indolence de la tumeur est complète.

Au toucher rectal, on sent, immédiatement au-dessus de la prostate, une tumeur dure, qui déprime la paroi rectale antérieure. Bien que dure, cette tumeur se laisse déprimer par le doigt qui parvient à y imprimer sa marque. Les mouvements imprimés à la tumeur abdominale se transmettent à la tumeur pré-rectale.

On porte le diagnostic de tumeur rétro-péritonéale, vu la sonorité qui la recouvre. L'hypothèse d'une tumeur congénitale, sans doute développée vers la base du mésentère, paraît la plus rationnelle, bien qu'elle explique mal le prolongement pré-rectal. L'hypothèse d'un mégacôlon n'est pas un instant envisagée.

L'opération montre qu'il s'agissait, en fait, d'un mégacôlon particulièrement imposant (20 à 25 $^{c}/_{m}$ de diamètre), contenant au niveau de l'anse sigmoïde une dizaine de kilos de matières fécales agglomérées.

CAS DE WOOLMER (1899)

Femme de 28 ans ; il y a quatre ans, constipation avec selles rubanées et sanglantes ; amélioration par le traitement médical. Les troubles reprennent plus accusés ; on pense à un cancer du gros intestin, d'autant plus que l'on perçoit, en arrière de la vessie, une tumeur iliaque.

Une laparotomie exploratrice montra qu'il s'agissait d'un mégacôlon pelvien encastré avec un fécalome dans le petit bassin.

La tumeur stercorale au cours du mégacôlon s'observe de préférence chez le jeune adulte et avec une prédilection marquée pour le sexe féminin. Or, les organes génitaux internes de la femme sont tellement communément atteints par des affections qui donnent lieu à des manifestations « tumeur ou tuméfaction », que l'examen est presque toujours fatalement aiguillé dans ce sens.

Et cependant la tumeur stercorale a des caractères assez bien tranchés. Sa situation n'est pas caractéristique à elle seule : quoiqu'elle occupe le plus souvent la partie inférieure de l'abdomen entre l'ombilic et la symphyse, elle peut quelquefois plonger dans le bassin et être perceptible au toucher vaginal. Mais elle n'a jamais de connexion avec l'utérus ou les annexes comme les tumeurs d'origine génitale.

La tumeur stercorale est, en général, mobile dans l'abdomen; elle peut être déplacée de gauche à droite et inversement par le malade lui-même, et cette translation se fait sans douleurs.

Quelquefois la déshydratation de la masse stercorale concrétée en fécalome est telle qu'on peut avoir affaire à un coprolithe.

Mais le plus fréquemment la tumeur stercorale a une consistance bien particulière : elle est dépressible et garde l'empreinte du doigt. Delbet a insisté sur ce signe de la plus haute valeur, essentiellement pathognomonique : « Les doigts entrent dans son intérieur comme dans du beurre ». Il n'est aucune tumeur ni kystique, ni fibreuse, ni néoplasique qui puisse donner une sensation semblable.

Un autre caractère intéressant de la tumeur stercorale, c'est qu'elle peut disparaître d'un examen à l'autre, surtout si ces derniers se font à un assez long intervalle. Inversement, elle peut réapparaître tout aussi rapidement. Ces « tumeurs fantômes » devront donc, sans trop de difficulté, aiguiller le diagnostic vers leur nature stercorale et secondairement sur leur origine mégacôlique.

Au surplus, on sera à même de tenter la malaxation prudente de ces tumeurs à travers la paroi abdominale pour en obtenir l'évacuation et couronner ainsi la véracité du diagnostic.

Signalons, enfin, que les tumeurs d'origine génitale (fibromes utérins, kystes de l'ovaire en particulier) peuvent donner, par compression, des phénomènes intestinaux qui augmentent la difficulté du diagnostic. Les symptômes fonctionnels et physiques fournis par l'appareil génital aideront à empêcher l'erreur.

2° *Forme généralisée.* — Le mégacôlon total sera reconnaissable facilement, si l'on y songe, par l'ensemble des signes cliniques que nous avons esquissés au chapitre du diagnostic positif. La constipation intermittente, la coprostase des vieillards ne donnent jamais un aussi gros ballonnement du ventre; elles ne sont jamais aussi rebelles au traitement. L'examen radiologique, au surplus, doit permettre de trancher rapidement tous les doutes.

IV. — DIAGNOSTIC PATHOGÉNIQUE

Le diagnostic pathogénique est d'une importance essentielle au point de vue des indications opératoires et du choix de la technique. On conçoit facilement, en effet, que la conduite à tenir ne sera pas la même s'il s'agit d'une ectasie congénitale étendue à tout le territoire des côlons ou s'il s'agit d'une ectasie segmentaire développée à la suite d'un obstacle continu.

Les nombreuses recherches de ces dernières années ont singulièrement développé ce chapitre dans l'étude du mégacôlon. La théorie d'Hirschsprung, qui voulait que dans tous les cas les lésions préexistassent à la naissance, n'a été reconnue satisfaisante que pour l'infime minorité des cas. Il apparaît comme beaucoup plus rationnel d'admettre que le mégacôlon de l'adolescent et de l'adulte se développe sur la base d'une cause d'obstruction permanente — que cette cause soit congénitale et n'apparaisse qu'à la suite du fonction-

nement de l'intestin, ou qu'elle apparaisse inopinément à n'importe quel moment de la vie.

Nous n'avons pas l'intention de passer en revue, à l'occasion du diagnostic, toutes les théories pathogéniques qui ont été émises : elles sont trop nombreuses et elles ont la faiblesse d'avoir été construites, pour la plupart, sur la généralisation d'un seul cas. Nous n'accorderons d'intérêt qu'à celles dont la valeur s'appuie sur un nombre respectable d'observations et dont voici la classification qui nous semble la plus rationnelle :

A. — Mégacôlon congénital;
B. — Mégacôlon acquis;

par :

1° Spasme du sphincter anal et de la musculature;
2° Obstacle valvulaire;
3° Longueur exagérée du gros intestin et circonvolutions anormales.

A. — Mégacôlon congénital

Le mégacôlon typique, celui qui correspond point par point à la description d'Hirschsprung, est facile à diagnostiquer si, comme l'a dit Guinard, on a la précaution d'y songer. Il s'impose chez les tout jeunes enfants qui ont eu des difficultés de la défécation depuis le jour même de la naissance. Chez l'adulte, il ne devra être posé qu'après des renseignements sérieux qui auront prouvé la continuité des phénomènes de constipation depuis la naissance.

Ces cas de mégacôlon idiopathique sont assez peu nombreux et c'est heureux car ce sont ceux sur lesquels le traitement, quel qu'il soit, a le moins de prise. Les lésions sont tellement étendues qu'elles sont presque intangibles et qu'il ne reste, comme ressource, qu'à traiter les symptômes.

B. — Mégacôlon acquis

1° *Par spasme du sphincter anal ou de la musculature*

Il est quelquefois difficile d'en trouver l'existence par le toucher rectal, et si beaucoup d'auteurs ont rejeté la possibilité de ce mécanisme pathogénique, c'est précisément parce que leurs examens digitaux ne leur avaient pas donné l'impression qu'un tel obstacle pût exister. C'est un fait; mais il n'infirme pas la théorie. Voici comment les choses se passent : à la suite d'un spasme passager, la rétention s'installe; cette rétention amène le durcissement des matières; ce durcissement entraîne des douleurs et des difficultés à l'évacuation qui réveillent le spasme et l'entretiennent : ainsi est constitué le cercle vicieux.

D'autres auteurs affirment, par contre, que le spasme est toujours perceptible et qu'il se manifeste par une très grande résistance aux tentatives d'introduction du doigt explorateur (Fenwick).

Quoi qu'il en soit, si l'opinion n'est pas faite dès la traversée du sphincter anal, on peut espérer du toucher d'autres renseignements en faveur du spasme.

Par exemple l'existence de matières fécales durcies retenues en abondance au-dessus de l'anneau sphinctérien : la dilatation anormale de l'ampoule rectale dont les parois peuvent être à peine perçues tant elles sont rejetées contre les parois propres du bassin. La constatation des matières retenues ainsi à la porte de sortie du tube intestinal suffirait à prouver péremptoirement que l'obstacle est inhérent à cette porte de sortie.

Un examen méticuleux de la muqueuse anale permettra de renforcer l'idée du spasme en lui trouvant une cause : dans l'existence d'une fissure, par exemple.

Enfin, on pourra avec succès recourir au traitement pierre de touche du spasme pour confirmer rétrospectivement le diagnostic, en introduisant dans l'anus une canule ou une grosse sonde indéformable qu'on y laisse pendant des jours et des semaines. La régularisation des selles ne tarde pas à s'installer par ce moyen; la cause qui entretenait le spasme disparaissant, on peut compter sur une guérison au moins temporaire de l'affection.

2° *Par obstacle valvulaire*

Il peut être dû à une grosseur anormale des valvules rectales qui, en arrivant au contact, constituent une barrière au passage des matières (Schömacker-Göbell).

Il est dû, le plus souvent, à une coudure qui se forme au niveau du point d'abouchement de l'anse

sigmoïde dans le rectum. Ce dernier obstacle pourra être diagnostiqué par plusieurs moyens :

a) Par le toucher rectal, et cela d'autant plus facilement qu'on aura affaire à un enfant, car l'exploration pourra être relativement plus haute. A défaut du doigt, une sonde très légèrement conduite pourra donner les indications que l'on recherche;

b) Par le rectoscope, qui permettra de constater de visu les lésions;

c) Par l'épreuve du lavement. Est-on en présence d'un malade qui n'a pas encore été opéré? Il y a de fortes chances pour qu'on ait affaire à un obstacle valvulaire si un lavement ne ressort pas spontanément après qu'il a été introduit; c'est qu'il est vraisemblablement retenu par une valvule anormale : le liquide a pu passer de bas en haut; en sens inverse, il fait pression sur le clapet et plus il fait pression, plus l'étanchéité est marquée. Pour l'évacuer finalement, on est obligé de pousser une grosse sonde assez haut et assez fort pour vaincre l'obstacle : à ce moment précis, une débâcle se produit tant par la lumière de la sonde qu'alentour.

Est-on en présence, au contraire, d'un malade qui a déjà été opéré d'urgence pour une crise d'occlusion, chez qui on a pratiqué pour cela un anus artificiel et dont on veut, à froid, diagnostiquer la vraie lésion? L'épreuve du lavement est alors beaucoup plus élégante. Du liquide poussé de bas en haut par l'anus naturel sort aussitôt et sans difficulté par l'orifice artificiel. Inversement, du liquide introduit par l'anus

artificiel ne ressort pas par les voies naturelles; on le voit s'accumuler dans l'anse sigmoïde, dont on peut déceler le contour par la percussion.

3° *Par longueur exagérée des côlons et circonvolutions anormales*

Ce diagnostic sera surtout fait par exclusion après rejet des précédentes hypothèses. Pour le contrôler positivement, on ne peut guère compter que sur le lavement bismuthé et la radiographie.

Quelquefois le toucher rectal pourra être de quelque utilité en permettant de sentir à travers la paroi rectale une tumeur plongeant dans le bassin et qui ne serait autre qu'une anse sigmoïde allongée, appendue à un méso distendu, ayant tendance à s'encastrer dans le bassin et à y provoquer l'apparition de phénomènes d'iléus.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Les discussions qui se renouvellent à chaque séance de sociétés savantes où la question du mégacôlon est abordée et dont nous avons retrouvé l'écho dans les diverses publications que nous avons pu consulter, prouvent assez que les données sont encore bien confuses qui peuvent servir à établir une thérapeutique rationnelle. Les débats ne sont pas clos entre médecins et chirurgiens sur la priorité à accorder au traitement médical ou au traitement chirurgical. Avant de commencer l'étude des ressources thérapeutiques préconisées par les uns et les autres contre l'affection qui nous occupe, nous croyons utile de présenter au lecteur, au moyen de statistiques, les résultats comparatifs des deux méthodes et de les accompagner de quelques commentaires.

Pierre Duval, au moment où il publia le mémoire qui, pour la première fois en France, attira les esprits sur cette affection déjà bien étudiée à l'étranger, ne

parla qu'avec réserve de la valeur du traitement chirurgical : « Ce traitement est efficace, disait-il, et deviendra peut-être réellement curatif le jour où une meilleure connaissance de l'affection permettra de préciser les indications et de régler les détails de l'intervention ». Il déplorait, à côté, le peu d'efficacité du traitement médical, tout au moins au point de vue curatif, sinon au point de vue lutte contre l'aggravation des symptômes.

Voici les chiffres qu'il donnait en 1903 :

Traitement médical.....	77,3 % de mortalité
Traitement chirurgical.....	30 % de mortalité

Remarquons que dans ce dernier pourcentage entrent en ligne de compte les laparotomies exploratrices simples et les laparotomies suivies de ponction intestinale.

Ce même auteur, en 1909, fit paraître dans la *Revue de Chirurgie* un article très documenté sur les résultats opératoires dans le traitement du mégacôlon, en conclusion duquel il soumettait ces chiffres :

Traitement médical

59 cas

Mortalité.....	74,68 %
Guérison.....	13,5 %
Amélioration.....	7 %

Traitement chirurgical

35 cas

Mortalité.....	34,2 %
Guérison.....	60 %
Amélioration.....	5,8 %

Aussi pouvait-il soutenir avec plus de conviction qu'en fin de sa première étude, que l'excellence de l'intervention chirurgicale ne pouvait plus être mise en doute.

Elle donnait, en effet, une mortalité moitié moindre, dans l'ensemble, que le traitement médical. Pour lui, dès lors, le principe de l'intervention chirurgicale n'était plus discutable et seul le choix de la méthode opératoire pouvait encore prêter matière à controverses.

Gayet et Patel ont donné, dans *Lyon Chirurgical*, en 1911, une étude détaillée des résultats opératoires considérés pour chaque intervention prise en particulier. En totalisant leurs chiffres, on obtient :

Traitement chirurgical

53 cas

Mortalité	33,9 %
Guérison	66 %

Dans ces chiffres, comme dans ceux précédemment cités de Pierre Duval, il est tenu compte des laparotomies simplement exploratrices ou suivies de ponction intestinale. Il faut aussi noter le fait important que cette statistique ne concerne que les adultes.

Chez les auteurs étrangers, nous trouvons les indications suivantes :

Statistique de Bogoljubow (1907) :

Traitement médical et chirurgical

118 cas

Mortalité	78	66,4 %
Guérison	11	9,3 %
Cas douteux	29	

Traitement chirurgical

58 cas

Mortalité	25	43,1 %
Guérison	30	51,7 %
Cas douteux	3	

Statistique de J.-E. Schmidt (1909) :

Traitement médical (d'après Löwenstein)

59 cas

Mortalité	39	66 %
Guérison	7	12 %
Cas douteux	13	22 %

Traitement chirurgical

58 cas

Mortalité	24	41 %
Guérison	25	43 %
Cas douteux	9	16 %

Dans ce dernier barème ne sont pas comprises la laparotomie exploratrice ni la simple ponction intestinale.

Statistique de Biermans (1910) :

Traitement chirurgical

16 cas

Mortalité	6	37,4 %
Guérison	10	63,1 %

Statistique de Puls (1910) :

Traitement médical

64 cas

Mortalité	41	64 %
Guérison	7	11 %
Cas douteux	16	

Traitement chirurgical

56 cas

Mortalité	13	20 %
Guérison	37	66 %
Cas douteux	7	

Statistique de Schneiderhöhn (1915) :

Traitement médical

151 cas

Mortalité	79	52,3 %
Guérison	38	25,1 %
Cas douteux	34	

Traitement chirurgical

143 cas

Mortalité	52	36,3 %
Guérison	67	46,8 %
Cas douteux	24	

Il est très possible que ces divers auteurs aient fait entrer dans leurs calculs des cas déjà comptés par les autres. Mais ceci même ne saurait pas fausser de façon appréciable le caractère relatif du pourcentage. D'un rapide coup d'œil sur ces chiffres, on peut donc s'assurer que la mortalité est très impressionnante non seulement dans l'ensemble des cas, mais aussi quand on considère les résultats du seul traitement médical.

Par contre, on éprouve un véritable soulagement en considérant le renversement des proportions sous l'heureuse influence du développement progressif du traitement chirurgical et on est autorisé à concevoir pour l'avenir des espoirs plus larges encore.

Ce qui rend si sombres les résultats du seul traitement médical, c'est qu'il combat les symptômes plutôt que la cause du mal. Grâce à son emploi scrupuleusement observé pendant des années, on peut arriver à obtenir une évacuation assez régulière des selles et empêcher ainsi que la stagnation ne s'installe et n'entraîne aussitôt à sa suite le tableau alarmant de la rétention. Malheureusement, il est extrêmement difficile d'obtenir des malades qu'ils ne se tolèrent aucune négligence dans leurs soins et dès lors ils restent sans cesse exposés aux conséquences fâcheuses du laisser-aller. Au surplus, ces soins réguliers et scrupuleux ne s'attaquant pas au processus morbide, le malade reste sous le coup d'une complication. En dépit des lavements répétés, la naissance d'un fécalome et son accroissement restent toujours possibles et cette tumeur fécale expose le malade à l'apparition soudaine d'accidents graves. Un volvulus est toujours menaçant. C'est ainsi que bon nombre de cas très graves, sinon désespérés, tombent entre les mains du chirurgien et les statistiques chirurgicales sont beaucoup assombries de ce fait. En tenant donc compte de cette restriction, les chiffres précédemment cités doivent donner plus d'éloquence persuasive encore à la valeur de l'intervention chirurgicale, et c'est presqu'un devoir de l'imposer au malade, quelque répugnance qu'il puisse en concevoir, si des avertissements antérieurs ou des constatations actuelles laissent pressentir au médecin que son sujet est sous la menace d'un danger quelconque.

Il est curieux toutefois de noter que des chirurgiens même déconseillent l'opération précoce et n'y consentent que comme ultime tentative de sauvetage dans les cas désespérés. Kümmell, Rehn, Kredel sont de cet avis, et nous citerons la boutade de Brentano : « Qu'on devrait sans plus recoudre le ventre aussitôt qu'est posé le diagnostic du mégacôlon, mais qu'il serait encore mieux d'avoir posé le diagnostic auparavant et de n'avoir pas eu à l'ouvrir ».

TRAITEMENT MÉDICAL

Le traitement médical a des ressources très limitées, son champ d'action étant très restreint. Il serait illusoire de tenter de faire rétrocéder des lésions dont, pour une partie des cas au moins, le caractère congénital indique assez l'immutabilité. Le seul but à rechercher est donc d'empêcher la stagnation des matières fécales et par là les accidents ultérieurs. En d'autres termes, ainsi que nous l'avons dit plus haut, le traitement médical est uniquement symptomatique.

Hygiène alimentaire

Avant toutes choses — en dehors évidemment d'une crise alarmante qui demanderait des soins d'urgence — il faut donner des prescriptions générales d'hygiène alimentaire.

Au nourrisson, il faudra absolument le lait maternel. Il est à considérer que souvent une maladie

d'Hirschsprung existant dès la naissance et bien supportée dans les premiers mois ne s'est montrée sous un jour inquiétant qu'au moment du sevrage de l'enfant. L'allaitement maternel devra être prolongé le plus longtemps possible. Quand on se sera aperçu, à la courbe du poids, qu'il n'est plus suffisant à lui seul, il faudra le compléter par la préparation de bouillies farineuses plutôt que par des laits animaux.

Dans un âge plus avancé, le régime à prescrire contiendra essentiellement des aliments riches en résidus, du pain complet, des légumes verts, des fruits, des boissons abondantes chaudes.

Si les fonctions d'évacuation de l'intestin ne se stabilisent pas d'elles-mêmes sous l'influence de ces mesures diététiques, il y aura lieu de recourir alors aux moyens artificiels.

Purgatifs

Les purgatifs ont, en général, bien peu d'effet et il ne faut pas les employer sans discernement.

Les purgatifs drastiques seront sévèrement proscrits. De nombreuses expériences ont montré que loin d'améliorer la situation, ils l'aggravaient : sous leur action, le ventre augmente de volume, des vomissements apparaissent au milieu d'épouvantables douleurs abdominales et, au surplus, on n'obtient aucune évacuation intestinale.

Le calomel est contre-indiqué à cause des risques de résorption d'autant plus grands que la muqueuse est souvent enflammée.

On obtient des effets relativement satisfaisants avec l'huile de ricin, à condition qu'on ne l'administre qu'à petite dose. La dose laxative suffit le plus souvent à aider au ramollissement des masses stercorales, condition essentielle à leur progression.

Les figues fraîches, ou le sirop de figues ont donné à certains auteurs d'encourageants résultats.

Opium

Certains auteurs ont cru devoir employer l'opium pour combattre des sténoses diagnostiquées avec certitude par la rectoscopie et les rayons X. Kredel et Schreiber, en particulier, ont vanté les résultats qu'ils auraient obtenus par cette méthode. Cette exception mise à part, l'opium pourra être surtout de quelque utilité quand la maladie sera parvenue au stade des grandes douleurs.

La strychnine, la belladone, l'atropine n'ont pas répondu à ce qu'on en attendait.

Lavements

Bien autrement efficace est la méthode des lavements, qu'on les utilise journellement pour assurer la régularité des évacuations ou qu'on les mette en œuvre pour vider un intestin déjà en état de rétention.

Déjà la seule manœuvre d'introduction de la sonde amène très souvent une abondante évacuation de gaz et de selles. Le ventre diminue aussitôt; l'agitation

des malades cesse; ils perdent leur expression angoissée et l'appétit leur revient. Pour les enfants, l'instinct maternel ne tarde pas à découvrir que c'est là le bon chemin. Henoch a publié le cas d'une femme qui introduisait sa propre canule profondément dans le rectum de son enfant et lui imprimait un mouvement de rotation jusqu'à ce qu'elle eût obtenu des selles et des gaz en quantité suffisante.

Les lavements seront toujours abondants, mais n'atteindront jamais une pression qui pourrait être dangereuse pour la limite de résistance de la paroi intestinale. En règle générale, chez les enfants, au cours de leurs deux premières années, on peut administrer quantitativement un demi-litre à un litre de liquide.

Chez les adultes, on procédera par tâtonnements, suivant le calibre et la longueur de l'ectasie intestinale.

On pourra les répéter deux fois par jour.

Ce sont l'eau savonneuse, l'huile tiède, la glycérine qui ont donné les meilleurs effets; et, parmi ces dernières substances, l'huile d'olive a incontestablement la priorité. Poussée haut dans les côlons, elle libère les masses stercorales adhérentes à la paroi, elle lubrifie le conduit et, d'autre part, se mêlant aux matières, elle empêche que ces dernières ne prennent la contexture de scybales. A son action lubrifiante s'ajoute une notable action émolliente et topique sur des muqueuses fortement irritées.

Chez les enfants, on observe fréquemment l'impossibilité de retenir l'huile quand elle est introduite

avec une simple canule. Dans ces conditions, on introduit une sonde dans l'anus : dès que le sphincter est franchi, on laisse arriver l'huile tiède dans le rectum sous une pression modérée en même temps qu'on pousse progressivement la sonde en hauteur.

Les lavements seront toujours conduits le plus haut possible dans la lumière du tube intestinal. Différents auteurs prétendent que leur efficacité n'est qu'au prix de cette condition. C'est un fait indéniable pour les cas de mégacôlon à l'origine desquels se trouve un obstacle valvulaire : la sonde introduite haut lève temporairement l'obstacle et amène concomitamment la perméabilité à son niveau.

Dans les cas les plus favorables, les lavements ont un tel résultat qu'ils éloignent la perspective d'une opération en parvenant à débarrasser l'extrémité inférieure de l'intestin des masses stercorales durcies qui l'encombraient. A la rigueur, on peut aider le lavement dans cette tâche en morcelant avec le doigt ou des instruments appropriés des masses dont la fonte serait trop longue eu égard à leur volume.

Dans les cas les plus malheureux, les lavements sont loin d'agir instantanément, et même sont retenus avec les matières.

Le plus souvent cependant, des lavements réguliers arrivent à maintenir l'état des malades pendant longtemps dans un état satisfaisant. Nous citerons le cas d'un enfant qui se trouvait si bien des soins que sa mère lui administrait de cette sorte, qu'il pouvait se passer des soins du médecin de la famille. Sa mère mourut et, du jour au lendemain, le traitement assidu

cessant, l'enfant entra dans une phase d'aggravation de sa maladie qui lui fut fatale.

Il n'est que très peu d'auteurs qui ont rejeté l'emploi de ces irrigations intestinales. Citons parmi eux Madelung, qui a jadis déclaré n'avoir jamais retiré de bénéfices de leur utilisation et qui même a rendu le procédé responsable d'un cas de perforation intestinale avec péritonite.

Nous ne croyons pas devoir relever dans ce danger une contre-indication formelle à leur emploi et y trouvons tout au plus l'occasion d'insister sur la nécessité d'opérer avec une main prudente et légère.

Drainage continu

Göppert a amélioré la méthode des lavements en lui adjoignant celle du drainage continu. Celle-ci ne dispense pas de celle-là, car pour arriver à faire passer facilement dans une sonde le contenu intestinal, il est nécessaire que ce dernier soit maintenu par les purgatifs et les lavements dans un état de fluidité suffisante. Le principe du drainage continu consiste à maintenir dans le rectum et à travers l'orifice anal une sonde incompressible d'assez fort calibre. On l'assujettira par un moyen quelconque (par exemple en transperçant la sonde au ras de l'anus par une aiguille à tricoter dont on maintiendra les branches appliquées aux cuisses par du leucoplaste).

Göppert a étudié les effets de ce drainage chez un jeune sujet dont la constipation était particulièrement rebelle. Supprimait-on la sonde? le ventre se

dilatait aussitôt. Au bout de plusieurs mois de drainage continu, on est arrivé progressivement à ne laisser la sonde en place que pendant le jour d'abord, puis, plus tard, pendant quelques heures seulement. Au septième mois du traitement, on la retira complètement et on donna régulièrement des lavements glycérinés. On cessa ceux-ci après quelques semaines. Au bout d'un an, l'enfant était dans un état qui prouvait sa complète guérison.

Cinq cas de mégacôlon traités par le drainage continu ont été suivis avec attention. On a noté deux guérisons assurées et une notable amélioration. Il y a donc lieu de ne pas dédaigner les avantages de la méthode.

Moyens secondaires

On pourra compléter cette thérapeutique interne par des méthodes de second plan.

En France on accorde beaucoup de valeur au lavement électrique pour régulariser le péristaltisme. On agit sur l'intestin en conduisant le courant à son niveau par l'intermédiaire d'un lavement de sérum physiologique. Le pôle négatif est assujetti à une large électrode qu'on applique sur le milieu de l'abdomen, et qu'on peut déplacer à droite et à gauche. Dans l'anus, on introduit une sonde contenant dans son intérieur l'électrode positive, qu'on a pris soin de pousser jusqu'à l'extrémité libre. Ceci fait, on laisse couler la solution tiédie de sérum physiologique et on arrête dès que le malade commence à ressentir la

moindre incommodation. C'est à ce moment qu'on lance le courant. On emploie ordinairement une intensité de 25-30 milliampères. La durée de la séance est de 5 à 20 minutes.

Le lavement électrique ne peut pas prétendre au rang de médication spécifique de cette affection. Ses détracteurs prétendent qu'il n'est, au total, pas plus efficace qu'une simple irrigation d'eau.

Kredel a pensé qu'on pourrait obtenir la progression des masses stercorales par insufflation d'air dans l'intestin, en s'appuyant sur cette conception : « On peut facilement se représenter qu'une dilatation modérée de l'intestin par l'air arrivera mieux que les injections liquides à lever un obstacle comme en forment souvent des coudures ou des replis de muqueuse au point de jonction de la partie ectasiée et de l'intestin normal ». Aucune tentative n'a été faite dans ce sens, même par celui qui l'a préconisée. Rappelons à cette occasion le danger que pourrait présenter cette technique chez un sujet présentant déjà de la compression des organes thoraciques et un déplacement du cœur.

Sans grand succès, on a enfin tenté d'agir par des manœuvres externes exercées sur la paroi abdominale : bains électriques, faradisation de la paroi, massage du ventre, bandage de soutènement pour éviter la ptose, gymnastique. On n'a jamais obtenu de résultats qu'on puisse rapporter à coup sûr à l'un de ces procédés. Par contre, nous devons signaler le danger de perforation intestinale qui pourrait résulter d'un massage trop brutalement conduit.

Ce que nous venons de dire des ressources de la thérapeutique interne nous montre suffisamment qu'elle a surtout des chances de succès dans les cas où la cause de la maladie réside dans un trouble de fonctionnement du sphincter anal — et quand un obstacle mécanique n'est pas venu introduire par sa présence un perpétuel entretien de l'imperméabilité.

Nous avons relevé dans maintes observations l'existence indéniable de guérisons de tels cas, en ce sens que les malades pouvaient pendant des années vivre d'une vie normale, au prix cependant d'une surveillance rigoureuse de leur hygiène intestinale.

Au surplus, le pronostic qui est très déconcertant quand on s'en rapporte aux statistiques citées plus haut s'éclairerait-il d'une plus favorable lumière si on faisait entrer en ligne de compte tous les cas de constipation chronique qui relèvent d'un mégacôlon méconnu et non diagnostiqué, et qui ont été guéris par une patiente thérapeutique interne.

Le traitement interne ne doit donc jamais être négligé et peut être continué tant qu'il suffit à parer aux accidents et que la constipation reste à l'état de simple infirmité. L'ennui qu'éprouvent le malade ou ceux qui le soignent d'être astreints à un perpétuel contrôle des fonctions intestinales ne doit pas entrer en ligne de compte à côté du péril des grosses interventions.

Mais il ne faudra pas s'en maintenir aveuglément à ses trop précaires ressources. N'oublions pas que l'amélioration, bien souvent, ne dure pas longtemps. Même après la réussite apparente du traitement se

montrent bientôt du dépérissement, de la perte de poids, bien que l'appétit paraisse normalement conservé. Les malades maigrissent, ont de temps en temps de la fièvre et de la diarrhée. Le ballonnement de leur ventre recommence. Ils meurent bientôt au milieu des signes de cachexie, de faiblesse cardiaque ou d'intoxication intestinale. Il ne faudrait pas, avant cette issue fatale, se laisser tromper par la diminution du gros ventre : ce n'est là, le plus souvent, que l'effet de la diarrhée terminale; on est tenté de croire à l'amélioration apparente des symptômes, alors qu'il ne faut y voir, au contraire, qu'un signe de la mort prochaine.

Il est opportun de conseiller l'intervention au moment où le malade est remis sur pied après un premier traitement médical, avant que ne récidivent les accidents. Cette thérapeutique interne aura préparé le malade à l'intervention et il faudra y avoir recours pendant que l'état du sujet permet d'espérer qu'il est dans les meilleures conditions pour supporter le traumatisme opératoire.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le grand nombre des opérations qui ont été jusqu'ici pratiquées contre le mégacôlon nous prouve que dans la majorité des cas les opérateurs se sont trouvés en face de lésions anatomiques qu'ils n'avaient pas soupçonnées. Ils ont été obligés d'improviser leur technique *ex abrupto*, d'après le tableau clinique

qu'ils connaissaient préalablement et dont les véritables lésions causales venaient de se dévoiler inopinément à leurs yeux. Suivant leur hardiesse opératoire ou leur clairvoyance dans la poursuite du but à atteindre, ils ont parcouru toute l'échelle des interventions depuis le simple massage direct de l'intestin encombré, jusqu'à l'exérèse complète d'un côlon tout entier ectasié, en passant par la colopexie, la coloplicature, la colotomie, la fistulisation de l'intestin et l'entéroanastomose. Nous ne croyons pas qu'on puisse se passer de la connaissance de toutes ces tentatives, car il y aurait quelque présomption à s'exposer à innover en dépit des expériences acquises. Aussi allons-nous analyser chacune d'elles en particulier. Auparavant, signalons que nous ne voulons pas compter, à l'exemple de Pierre Duval, comme intervention chirurgicale la ponction de l'intestin. Formellement à rejeter lorsqu'elle est pratiquée aveuglément à travers la paroi abdominale, car elle entraîne presque fatalement de la péritonite à cause de la surdistension, elle ne saurait être, au cours d'une laparotomie, qu'un temps tout à fait accessoire destiné à permettre la mobilisation de l'intestin après sa distension et à faciliter ainsi l'exécution d'une opération plus complète.

A. — Laparotomie exploratrice

Nous ne nous y appesantirons pas longtemps. En elle-même elle n'a pas de valeur intrinsèque, car elle n'est la plupart du temps qu'exploratrice. Tout au plus est-on conduit, en trouvant des lésions sous la

main, à détordre un volvulus de l'anse sigmoïde, à masser directement l'intestin, à faire une sorte de fécalotripsie pour réduire la stase actuelle. Là même il faut agir avec prudence, cette manœuvre pouvant entraîner une syncope réflexe fatale.

Les résultats opératoires de la laparotomie indiquent son peu de danger relatif, et ce n'est que normal pour un choc aussi peu intense. Les cas de mort relatés sont imputables au fait que cette intervention exploratrice a été pratiquée sur des sujets arrivés *in extremis* et porteurs de lésions trop affirmées ou de complications trop avancées pour laisser l'espoir d'une réaction victorieuse de l'organisme.

B. — Valvidotomie

Cette intervention s'adresse aux cas où la rectoscopie a permis de constater indéniablement que l'obstacle résidait en un clapet valvulaire siégeant dans le territoire du rectum. Löwen et Göbell excisent simplement les replis valvulaires. Gaut a perfectionné la méthode de la façon suivante : il dilate fortement l'anus avec un rectoscope de très gros calibre et nettoie la muqueuse rectale par d'abondantes irrigations chaudes. Il place ensuite sur les replis valvulaires de petites pinces métalliques à larges mors et à forte pression. Il les laisse à demeure. Au bout d'un certain temps les surfaces muqueuses comprimées se nécrosent et s'éliminent avec les pinces par les voies naturelles.

Cette opération, excessivement bénigne, n'est en pratique applicable qu'exceptionnellement. La méthode n'a pas de prise, en effet, sur les obstacles valvulaires les plus fréquents, ceux qui sont dus à une coudure au niveau de l'abouchement de l'anse sigmoïde dans le rectum.

C. — Colopexie

L'observation I que nous publions plus loin est une belle illustration des indications de la colopexie et contribue, en outre, à nous fixer sur les résultats qu'on peut en attendre. Dans plusieurs cas de la littérature, comme dans le nôtre, nous voyons que son opportunité s'est imposée à l'opérateur au moment où il découvrait sous ses yeux une anse sigmoïde distendue et tordue autour de son méso allongé. Rien de plus logique, en effet, que de détordre l'anse en état de volvulus et de la fixer par un procédé quelconque pour éviter à l'avenir la reproduction de cette dangereuse complication.

La technique est variable : fixation haute lombaire ou basse iliaque, fixation simultanée du méso.

En pratique, la colopexie a cet avantage d'être d'une exécution simple et rapide. Sa bégninité la recommande donc pour le cas où l'on a affaire à un sujet affaibli.

Et, au surplus, elle donne d'assez bons résultats, tout au moins des résultats rapprochés. Aucun cas de mort n'a été jusqu'ici relaté à la suite des diverses colopexies publiées et il y a des exemples de guérisons nettes et durables à côté de cas plus douteux.

Les seuls reproches sérieux qu'on ait formulés contre elle, c'est qu'elle pouvait provoquer une nouvelle coudure de l'intestin au niveau des adhérences créées par elle et par là une nouvelle obstruction. Mais ce n'est là qu'une crainte hypothétique non encore vérifiée. Nous attachons plus de considération à un fait moins grave, mais assez fréquent : c'est que les adhérences péritonéales qui résultent inévitablement de la pexie sont parfois fort douloureuses et cela surtout quand on a affaire à un intestin dont le péristaltisme est encore vigoureux. Nous verrons, enfin, à propos de l'observation I, que la pexie peut céder et les phénomènes se reproduire comme si aucune intervention n'avait été pratiquée.

D. — Coloplicature

La coloplicature est l'application à l'intestin d'un procédé depuis longtemps classique pour l'estomac : la gastroplication. Il consiste à former de longs plis longitudinaux avec l'excès de tissus de l'intestin; on en rétrécit d'autant la lumière et, d'autre part, on peut espérer que ces gros plis agissant à la manière d'attelles pourront empêcher la torsion.

Il est d'usage d'employer la soie au lieu du catgut dans la technique, car la résorption trop rapide de ce dernier ne permettrait pas d'escompter la permanence du plissement.

Le principe de la coloplicature est très séduisant et la mortalité opératoire est nulle. Cependant le manque de renseignements sur le sort réservé à longue

échéance aux malades ainsi traités doit ne la faire employer qu'avec circonspection de peur d'insuffisance. Le mieux sera de l'associer secondairement à d'autres interventions telles que la colotomie ou les entéro-anastomoses.

E. — Colotomie

La colotomie est *à priori* une intervention symptomatique. Elle vise à retirer de l'intestin la masse de matières souvent constituées en fécalome, qui cause les accidents actuels. Cette intervention est difficile à cause des dimensions parfois volumineuses de ces tumeurs fécales et périlleuse à cause de la septicité intestinale.

L'opérateur devra bien isoler avec des compresses l'anse sur laquelle il interviendra, et se protégera les mains d'une double paire de gants : il quittera la première paire souillée par l'extraction du fécalome pour suturer l'intestin, remettre les anses en place et refermer la paroi abdominale. La suture de l'intestin se fait par un surjet qu'on peut enfouir ensuite sous une rangée de points séro-séreux. L'abdomen est refermé avec ou sans drainage.

La mortalité est assez élevée. On peut se l'expliquer en constatant que la colotomie a été pratiquée souvent chez des sujets arrivés en état de rétention aiguë avec phénomènes généraux graves. Si le chirurgien n'a pas poussé plus loin son intervention, c'est que l'état du malade en interdisait la prolongation et cette prudence indique assez que la situation était déjà très gravement compromise.

Les guérisons signalées après la colotomie ne sont que des guérisons opératoires. On conçoit que cette intervention ne s'adressant en réalité qu'à la conséquence de la lésion, le fécalome, on ne puisse attendre d'elle qu'un résultat palliatif. Dans ces conditions on aurait pu s'en passer dans bien des cas si le diagnostic posé avant l'ouverture du ventre avait permis de mettre en œuvre les ressources médicales ordinairement suffisantes pour l'évacuation du fécalome.

F. — Colostomie

(Fistulisation — Anus artificiel)

C'est là le type des interventions d'urgence pour les cas les plus graves quand il s'agit de parer au plus pressé, quand on ne connaît pas la situation intérieure de l'abdomen et que l'état général alarmant interdit une longue intervention.

La facilité de la technique, la bénignité apparente de l'intervention et l'amélioration imminente qu'on peut en attendre l'ont imposée dans bien des cas. Et, fait remarquable, c'est à cette intervention que sont attachés les plus déplorables résultats. Hâtons-nous de dire que, là encore, cette mortalité doit être mise d'abord sur le compte de l'état compromis des sujets bien plutôt que sur celui du procédé.

Comme opération curative, l'anus artificiel n'est pas à entreprendre, car quand même il aurait fait disparaître le tableau clinique, les lésions persistent. Vienne-t-il a être fermé spontanément ou opé-

ratoirement, elles ne tardent pas à se manifester de nouveau. Comment voudrait-on, par une simple et transitoire dérivation du cours des matières, obtenir la disparition d'une dilatation et d'une hypertrophie souvent énormes, réduire des anses exubérantes, en rectifier le cours anormalement sinueux ou forcer une valvule anatomiquement établie?

On a employé à plusieurs reprises la colostomie comme temps préliminaire d'une opération ultérieure. Il est à peine besoin de recommander de n'y recourir qu'après avoir épuisé toutes les ressources médicales, car il va de soi que les conditions d'une opération secondaire seront encore meilleures si on a affaire à un intestin libre d'adhérences. Au surplus, la cure radicale de cet anus préparatoire qu'on devra faire plus tard, après le second temps de l'intervention, n'est pas sans danger immédiat : plusieurs cas de mort en ont été publiés.

En quel endroit de l'intestin placer l'anus artificiel?

Dans les cas où on aura des précisions indubitables sur le siège d'un obstacle valvulaire, il sera légitime de le fixer sur l'anse sigmoïde immédiatement en amont de cet obstacle. Cette façon de faire a toutefois contre elle la mauvaise qualité des tuniques intestinales parcheminées et épaissies; de plus, les parois intestinales, plus ou moins atones, sont incapables de faire franchir aux matières durcies le petit orifice opératoire.

Quand on manque d'éclaircissements sur la pathogénie exacte de l'occlusion actuelle, il vaut mieux pratiquer la fistulisation à droite, au point classique,

sur le cæcum ou le côlon ascendant. A cette place, elle commande la situation de tout le gros intestin. Les sutures ne portent pas sur des parois hypertrophiées et sont en dehors des zones de péristaltisme exagéré.

Des lavages intestinaux par l'orifice naturel ou l'orifice opératoire permettront ainsi un nettoyage complet de tous les côlons. De plus, cette situation de la colostomie à la paroi cæcale est celle qui entraînera le moins de complications pour la résection ultérieure de l'ectasie côlique sous-jacente. C'est donc, dans l'ensemble, la méthode qui répond le mieux à toutes les éventualités.

Signalons, en terminant, une variété de colostomie qui a donné entre les mains des Américains, ses promoteurs, et, en France, entre les mains de Gayet, des résultats encourageants ; nous voulons parler de l'appendicostomie.

C'est une intervention bénigne, rapide, praticable sous anesthésie locale; on peut obtenir facilement la continence de la fistule appendiculaire et le malade est ainsi soulagé en partie d'une infirmité obsédante; on peut très facilement laver le côlon par cette petite fistule et y injecter des substances lubrifiantes. Enfin, la cure radicale de la fistule est bénigne et très souvent elle se ferme d'elle-même.

Gayet recommande comme perfectionnement de cette petite opération de dilater immédiatement la lumière appendiculaire aussitôt que les parois auront été fixées : continuer cette dilatation les jours sui-

vants de façon à ce que gaz et matières puissent s'insinuer par l'ouverture. Des lavages huileux répétés amènent bientôt la débâcle par les voies naturelles. L'appendicostomie, d'après cet auteur, paraît répondre à toutes les nécessités de l'opération d'urgence ou de l'opération préliminaire, et avoir, en somme, tous les avantages de la cæcostomie sans en avoir les inconvénients.

G. — Anastomose

L'anastomose est l'opération intermédiaire entre la résection qui demeure la seule opération curative digne de ce nom et les opérations palliatives que nous venons de passer en revue. C'est la plus complète de ces dernières. Elle procède de la même conception que la colostomie, qui se propose de dériver le cours des matières pour lui éviter le tortueux trajet d'un intestin dilaté et atone, mais s'en acquitte beaucoup plus élégamment : elle ne soumet pas le malade à une infirmité dégoûtante, comme l'anus artificiel; la dérivation s'effectue à l'intérieur de la cavité abdominale; elle est assez complète et a été suivie chez nombre d'opérés pendant suffisamment de mois pour qu'on puisse parler de guérison sans abus de langage.

Les résultats statistiques sont assez déconcertants à cause de leur extrême variabilité, suivant les auteurs.

Gayet et Patel nous donnent, en 1911 :

Guérison	83 %
Mortalité	17 %

Neugebauer, en 1913 :

Guérison	39,4 %
Mortalité	27,3 %
Cas douteux	33 %

Nous ne sommes pas éloignés de croire que les échecs de l'anastomose sont dus à la méconnaissance de la pathogénie propre du mégacôlon au moment où l'opération a été effectuée. Le chirurgien s'est laissé guider par les lésions anatomiques qu'il a découvertes sous ses yeux et les facilités opératoires qu'elles lui offraient au lieu de rechercher la cause de ces lésions et de s'attaquer essentiellement à elles.

Le plus souvent, en effet, on a eu l'idée, en face d'un mégacôlon sigmoïdien, par exemple, de réunir à leur base les deux branches de l'oméga dilaté pour éviter aux matières de stagner dans cette anse atone.

Or, il y a à cette façon de faire plusieurs inconvénients capitaux. D'abord la suture porte sur des tissus fragiles et friables : donc risque d'échec opératoire immédiat.

Ensuite, l'anastomose laisse indemne l'obstacle valvulaire qui siège, dans la majeure partie des cas de mégacôlon sigmoïdien, au point d'abouchement de l'anse dans le rectum : la stase et la distension continuant donc, elles peuvent dilacérer la fragile suture et entraîner une péritonite fatale. C'est malheureusement ce qui arrive pour la moitié des cas de sigmo-sigmoïdostomie. L'autre moitié témoigne que la situation est inchangée en dépit de l'opération.

Enfin, cette anastomose, en rapprochant les deux pieds de l'anse sigmoïde, crée une véritable prédispo-

sition pour le volvulus ultérieur : la torsion de l'anse sera d'autant plus facile que l'anastomose aura pour ainsi dire créé un pivot.

Dans d'autres cas, on a anastomosé avec la partie inférieure de l'anse sigmoïde ou la partie supérieure du rectum la portion côlique qui contractait avec elles le maximum de rapports de proximité. Avec cette façon de faire, notoirement insuffisante elle aussi, un quart des cas a guéri, un autre quart est mort, la moitié est restée inchangée.

De plus en plus, avec l'expérience, on s'est rattaché à l'anastomose iléo-sigmoïdienne, mieux à l'anastomose iléo-rectale qui donnent plus de la moitié des guérisons et à peine un sixième de mortalité.

C'est la seule anastomose qui soit judicieusement comprise.

Par sa situation, d'abord, elle vise à exclure l'obstacle valvulaire du trajet que les matières auront à parcourir, en faisant communiquer l'iléon avec la partie préterminale du gros intestin, en aval de l'obstacle. De ce fait, la suture porte sur des tissus sains.

Les parois de l'iléon ne sont jamais englobées dans le processus d'altération hypertrophique, fut-il généralisé à tout le gros intestin : celles du rectum sont, en général, aussi épargnées, surtout dans les cas d'ectasie consécutive à un obstacle valvulaire, terrain électif pour les indications de l'anastomose. On est donc assuré du maximum de sécurité du côté des sutures.

Le fonctionnement physiologique de la communication artificielle est garanti, enfin, par l'état particu-

lier des matières qui sont appelées à l'emprunter. Le bol intestinal à la fin de son cheminement dans les circonvolutions grêles est très liquide : il s'insinue très facilement entre les lèvres de l'anastomose pour gagner la lumière du gros intestin.

Malgré cela, l'anastomose latéro-latérale cache un point faible. Il n'est pas démontré que tout le contenu intestinal va emprunter la nouvelle voie qu'on lui a ouverte. Une partie des matières, au lieu de glisser dans l'orifice opératoire, pourra très bien emprunter l'ancien chemin, y stagner, s'y épaissir, former des scybales et occasionner de nouveau de l'hyperpéristaltisme et des douleurs.

L'anastomose uni-latérale, c'est-à-dire l'abouchement à plein calibre de la partie terminale de l'iléon dans le flanc du gros intestin pare à cet inconvénient lourd de conséquences. Le grêle est sectionné à quelques centimètres en amont de la valvule iléo-cæcale; l'extrémité distale est fermée. L'extrémité proximale est abouchée en un point du gros intestin commandé par l'état des lésions : de façon générale, toujours au-dessous de l'ectasie, devrait-on aller chercher très bas le point favorable. Si cependant il y a impossibilité technique à le faire, on devra se contenter d'aboucher l'iléon dans une partie ectasiée de l'anse, mais ce sera toujours avec moins de chances de succès.

Ainsi nous obtenons une véritable exclusion du gros intestin : il est en dehors de la circulation du bol fécal. Le contenu du grêle arrive se déverser directement dans le segment préterminal du tube digestif. A supposer que ce dernier segment soit lui-même

englobé dans le processus d'ectasie et d'atonie, les matières ne pourraient guère y stagner à cause de la force de propulsion qui leur est imprimée par la musculature intacte du petit intestin et leur état de fluidité.

On a pu objecter à l'opération de l'anastomose ainsi conduite que l'exclusion physiologique qu'elle réalise n'est pas complète. Quelques précautions qu'on ait prises pour que l'abouchement soit large et le flux intestinal régulier, l'ectasie et l'atonie des tuniques laissent subsister un danger permanent de reflux des matières en amont de l'obstacle dans le sac inerte qu'est le côlon dilaté, et, par suite, de stase, d'obstruction, de fermentation septique et de péritonite ultérieure par perforation.

Un tout récent perfectionnement a été introduit dans la technique opératoire pour répondre au bien-fondé de cette objection. Il consiste, pour arriver à interdire le reflux fécal toujours menaçant, à rétrécir la portion côlique ectasiée immédiatement sus-jacente à l'anastomose, suffisamment pour empêcher tout envahissement rétrograde, mais pas assez toutefois pour interdire l'écoulement des sécrétions côliques vers le rectum.

Tuffier avait eu le premier, en 1907, l'ingéniosité de réaliser cette amélioration. Il s'agissait, dans son cas, d'une malade qu'il opérait pour cure radicale de mégacôlon. Au cours d'une première intervention il s'était contenté de faire une colotomie avec extraction de fécalome. Lorsqu'il ouvrit pour la seconde fois l'abdomen, trois mois après, il retrouva l'anse

dilatée du volume d'une cuisse d'adulte. Il pratiqua l'anastomose entre les deux portions saines de l'intestin, en amont et en aval du mégasigmoïde et, pour éviter que les matières ne puissent repasser par l'anse ectasiée, il la réduisit notablement de calibre par une véritable coloplicature.

Habs eut recours au même procédé la même année.

Mehliss, de Magdebourg, pensant que la coloplicature était incertaine quant à ses résultats éloignés, a cherché à la remplacer par une autre méthode présentant plus de garanties. Il s'est proposé d'appliquer au mégacôlon le traitement chirurgical institué par Ruge pour combattre la constipation opiniâtre. Voici en quoi il consiste : section de l'iléon à quelques centimètres de la valvule iléo-cæcale; fermeture du bout distal; abouchement large du bout proximal dans la branche efférente de l'anse sigmoïde; établissement d'une sténose artificielle sur le gros intestin, un peu au-dessus de l'anastomose. Cette sténose est produite par une bande aponévrotique, large d'un doigt, qu'on prélève sur le feuillet antérieur de la gaîne du grand droit. Ce lien plisse et rétrécit l'intestin au calibre voulu : on coud alors les extrémités du lien entre elles et on consolide le tout en suturant la séreuse au lien en plusieurs points de sa circonférence. On parfait l'opération en enfouissant le lien sous une suture séro-séreuse.

Les expériences de Bogoljubow sur les animaux ont montré que ces transplantations de tissus étaient viables et étaient suivies d'un rétrécissement durable. Ruge a eu chez ses opérés d'incontestables succès.

Nous donnerons plus loin les observations des opérés de Mehliss et nous verrons que, plusieurs mois après l'opération, leur état était des plus satisfaisants.

Malgré ce perfectionnement, on accuse encore l'anastomose d'entraîner des diarrhées rebelles extrêmement affaiblissantes pour l'individu. C'est un fait dans les premiers jours qui suivent l'opération. Mais bientôt les choses se régularisent. A travers la sténose artificielle suintent continuellement de haut en bas les produits de sécrétion du gros intestin. Ils s'ajoutent et se mélangent au bol fécal issu du grêle et leur présence suffit, chimiquement et mécaniquement, à donner une consistance pâteuse voisine de la normale. Un régime approprié et l'accoutumance ne tardent pas, par ailleurs, à rétablir complètement l'équilibre.

H. — Résection

(*Colectomie*)

Nous voici arrivés à l'opération la plus logique et la plus hardie tout à la fois qui ait été proposée et entreprise contre le mégacôlon. Sa logique est catégorique : du moment que les lésions du mégacôlon ne rétrocèdent pas même après une dérivation longtemps prolongée du flux intestinal et que le malade reste exposé à tous les accidents si cette dérivation devient déficiente ou est supprimée, il faut, si l'on veut des résultats stables, supprimer la lésion; donc, reséquer ou l'obstacle ou l'intestin ectasié. Sans doute,

mais cette opération est hardie, car aucun chirurgien n'ignore quel choc représente pour un malade l'ablation d'un segment intestinal pouvant aller, comme dans certaines observations publiées, jusqu'à 83 centimètres.

Proposée dès le début de la connaissance du mégacôlon comme méthode idéale quoique périlleuse, elle fut d'abord timidement employée, puis elle gagna petit à petit du terrain avec les perfectionnements de technique et la plus grande précision des indications.

Comme pour l'anastomose, les statistiques sont tellement variables dans leurs enseignements que nous n'osons pas leur attacher une valeur prépondérante.

D'après Gayet et Patel (1911), 8 cas :

Guérison	61,5 %
Mortalité	38,5 %

D'après Neugebauer (1913).

Résection en un temps, 23 cas :

Guérison	56,5 %
Mortalité	26 %
Cas douteux	17 %

Résection en deux temps, 20 cas :

Guérison	90 %
Mortalité	5 %
Cas douteux	5 %

Malgré les chiffres encourageants de cette dernière statistique, nous conservons la conviction que nous a donnée l'étude d'une quantité d'autres relations, à savoir que la colectomie est une intervention très grave, et cette considération a tendance à faire régres-

ser son emploi au profit d'autres opérations qui permettent, elles aussi, d'obtenir de bons résultats avec infiniment moins de dangers.

Quelle portée donner à l'intervention de la colectomie ?

Certains auteurs se demandent si elle ne devrait pas être limitée à la portion de l'intestin qui recèle l'obstacle, dans le cas où on a des certitudes ou des présomptions suffisantes en faveur de l'existence de ce dernier. Ils voient là deux commodités : d'abord le traumatisme est réduit au minimum; ensuite la réunion des deux bouts sectionnés est toujours possible avec facilité. Il faut tenir compte, en effet, que les vastes résections créent quelquefois des difficultés pour le rétablissement de la continuité du tube intestinal. Des cas sont cités où on n'a pu sortir d'une situation embarrassante créée de la sorte qu'en fermant les deux surfaces de section côlique et en établissant finalement une anastose latéro-latérale de l'iléon avec le rectum.

Quoi qu'il en soit, l'opération de l'éxérèse de la seule zone de l'obstacle nous paraît insuffisante. Elle laisse subsister sur le circuit intestinal une zone ectasiée qui contient en elle le germe de complications ultérieures : la stase peut se reproduire dans cette outre atone; à cette stase feront peut-être suite une ptose de l'anse, une nouvelle coudure, une nouvelle stase plus en amont.

Pour éviter les dangers de ce cercle vicieux, il sera donc préférable de réséquer avec l'obstacle toutes les parties ectasiées.

La dilatation, dans ces cas de mégacôlon acquis, est en général limitée à l'anse sigmoïde et l'intervention présente de ce fait moins de dangers.

Dans les cas de mégacôlon idiopathique, la délimitation est assez difficile à faire entre la partie ectasiée et l'intestin de calibre normal : les tissus sont altérés à de grandes distances de la dilatation, leur mauvaise qualité donne des déboires au point de vue hémorragique si l'on opère sur eux, et, au surplus, il est à redouter que la maladie ne continue à évoluer sur le support de ces lésions pariétales. Dans ces conjonctures, il faudrait se livrer à de véritables amputations totales du gros intestin et la gravité du traumatisme donne alors singulièrement à réfléchir.

Ce facteur gravité doit surtout entrer en ligne de compte quand on se trouve en présence d'un sujet dont l'état alarmant réclame une intervention d'urgence. La colectomie ne devra jamais être pratiquée dans ces cas.

Si on l'entreprenait dans ces conditions, la plus grande partie des malades mourrait soit par disproportion entre leur état précaire et l'importance du choc, soit par perforation et péritonite. La surdistension du tube intestinal gorgé de matières aurait vite raison de la fragilité des sutures et l'infection envahirait rapidement le péritoine.

Un anus cæcal vivement établi parera d'abord au plus pressé, puis permettra, par sa dérivation longtemps prolongée, de mettre l'intestin dans de bonnes conditions opératoires ultérieures.

Certains auteurs considèrent que l'opération de la colectomie doit toujours être pratiquée en plusieurs temps. Même si l'état intestinal ne commande pas de façon urgente l'établissement d'un anus artificiel, ils l'établissent de parti pris pour assurer l'évacuation radicale de l'intestin. Ils utilisent cette trève pour remonter les forces du sujet, qui reprend facilement, n'étant plus débilité par les résorptions toxiques et qui devient apte à supporter le traumatisme opératoire dans les meilleures conditions de résistance.

D'autres auteurs entendent l'opération en deux temps de la façon suivante : ils interviennent directement sur l'anse à réséquer, la sectionnent et établissent un anus artificiel avec ces surfaces de section. L'anus est refermé plus tard, quand les fonctions d'évacuation sont redevenues normales.

La tendance actuelle serait de s'abstenir de la colostomie primaire et de préparer l'intestin par le traitement interne.

Pierre Duval, tout en reconnaissant que l'opération en deux temps est une opération de légitime sécurité, assure que, dans un avenir rapproché, les progrès de technique devront lui faire préférer la plus logique opération en un temps.

Nous terminerons ces considérations sur la résection en nous étendant un peu sur une méthode récente dont les essais ont été couronnés de succès et qui ne pourra que s'amplifier dans la suite. Nous voulons parler de la colectomie par invagination.

La particularité essentielle de cette méthode, c'est qu'elle intervient sur l'intestin sans qu'à aucun mo-

ment on n'ait à ouvrir sa lumière : elle écarte donc tout risque de souillure de la cavité péritonéale par germes septiques d'origine intestinale. Comme la plupart des complications qui suivent la résection ordinaire sont dues précisément à des infections péritonéales que la plus extrême minutie n'arrive pas toujours à éviter, on ne saurait trop apprécier la valeur de l'amélioration apportée par l'invagination.

C'est Kummell qui, le premier, a ouvert cette voie.

Perthes l'a appliquée au mégacôlon après l'avoir vu employer avec succès par Göpel pour un carcinome du côlon descendant.

En voici la technique : Dans un temps abdominal, l'opérateur commence par vider au maximum, par massage, le contenu intestinal. Ceci fait, un aide septique introduit par l'anus une sorte de petit piston étranglé en son milieu et monté sur une longue tige de métal flexible, et le pousse au devant des mains de l'opérateur. Celui-ci s'en saisit à travers les parois intestinales et le fait progresser jusqu'au point voulu. Là, il pose sur l'intestin une solide ligature au niveau de la partie étranglée du piston. Puis il se met en devoir de libérer de son méso toute la portion d'intestin qu'il va invaginer et d'en assurer l'hémostase rigoureuse. Ceci fait, l'aide tire doucement sur la tige souple qui est attachée au piston : l'intestin s'invagine et sort bientôt par le rectum. Quand la portion suffisante est sortie, l'opérateur fait une suture séro-séreuse entre la gaîne et le boudin d'invagination. La portion flottante de mésentère est fixée au niveau de la suture colo-rectale et l'abdomen est refermé. L'opé-

rateur n'a plus maintenant qu'à réséquer par voie anale le boudin invaginé. La zone de suture est refoulée dans le rectum et on place un drain.

Perthes, dans le cas dont nous donnons plus loin l'observation, a réséqué ainsi toute la portion d'intestin comprise entre le rectum et le milieu du transverse (56 centimètres). Il estime qu'on pourrait tout aussi facilement réséquer entièrement la totalité des côlons. *A priori*, rien ne s'y oppose, et, répétons-le, cette intervention considérable a d'autant plus de chances de succès que le gros danger de la souillure du péritoine par faute de technique est entièrement conjuré par ce procédé.

Valeur respective de l'anastomose et de la résection comme traitement définitif du mégacôlon

Nous avons dit plus haut que l'anastomose était la plus parfaite et la plus élégante des opérations palliatives, et que la résection demeurait la seule opération curative vraiment digne de ce nom. Mais à tout bien considérer, on ne peut pas accorder à cette dernière des avantages tels qu'elle puisse indiscutablement prendre le pas sur la méthode de l'anastomose. Ces deux opérations, bien comprises et bien conduites, dans des conditions générales très favorables, ont toutes deux à leur actif des cas de guérison très suggestifs, à tel point que les partisans de l'anastomose la considèrent comme un traitement digne d'être appelé traitement définitif du mégacôlon au même titre que la résection.

Les discussions sont très tendues entre les partisans des deux méthodes. Les uns reprochent aveuglément à la résection sa mortalité. Les autres reprochent à l'anastomose de conserver le germe d'accidents ultérieurs : un volvulus sigmoïde, par exemple. Si ce dernier se produit, il faudra pratiquer plus tard la résection de l'anse. Pourquoi, dès lors, s'exposer à courir deux risques opératoires au lieu d'avoir réséqué d'emblée ?

Il faut se garder de ces attitudes extrêmes et envisager la chose avec éclectisme. L'une et l'autre opération sont excellentes, mais elles ne doivent pas être appliquées sans discernement aux cas qui peuvent se présenter.

L'anastomose est indubitablement préférable à la résection dans des cas de mégacôlon idiopathique étendu à tout l'intestin, à cause de la moindre importance du traumatisme opératoire.

La résection, par contre, reprend ses droits pour tous les cas où les lésions sont limitées à un segment intestinal. Ce sont là, dans l'état actuel de la question du mégacôlon, les deux indications essentielles qui dirigent le traitement chirurgical de cette affection.

INDICATIONS DU TRAITEMENT

Il nous reste, maintenant que nous connaissons les ressources médicales et chirurgicales à opposer au mégacôlon et leur valeur respective, à indiquer quel est le meilleur emploi à en faire, suivant l'âge du sujet et les divers cas cliniques qui peuvent se présenter.

Le mégacôlon idiopathique essentiel, celui qui occasionne le syndrome typique de Hirschsprung, est une affection dont le principal terrain est le très jeune enfant.

Dans ces cas, il est à peine besoin de faire remarquer que le traitement chirurgical est beaucoup trop brutal pour des organismes fragiles par essence et de plus débilités par leur maladie. Les statistiques révèlent, en effet, une mortalité de 100 % pour les interventions pratiquées sur les sujets au-dessous de deux ans. C'est donc uniquement au traitement médical qu'on aura recours pour ces petits malades — sans grand espoir de guérison, d'ailleurs.

Chez les enfants un peu plus âgés, de 2 à 5 ans, il faudra également s'en tenir le plus longtemps possible au traitement médical et ne recourir que tout à fait exceptionnellement à une intervention encore beaucoup trop hasardeuse.

De 5 à 15 ans, les indications changent, car l'organisme des sujets supporte en général aisément le traitement chirurgical. Si donc les lésions sont bien établies, bien situées par le diagnostic, on pourra recourir à la résection pour les ectasies segmentaires, à l'anastomose pour les ectasies généralisées avec colopexie iliaque complémentaire pour éviter la torsion ultérieure.

Chez l'adulte, la conduite à tenir variera avec les stades de la maladie et les manifestations qui auront conduit le malade à demander les conseils du médecin.

Le plus souvent — et le fait est navrant — les malades n'ont pas été demander de conseils au sujet de cette constipation opiniâtre, qu'ils traînent des mois et des années, ou, s'ils l'ont fait, la cause véritable en a été méconnue; purgatifs et lavements ont été employés sans discernement, au hasard de la fluctuation des symptômes. Un jour, l'obstruction s'installe et c'est quand il est presque trop tard qu'on fait appel au chirurgien. Dans ce cas, deux conduites à tenir : 1° Si l'état général est alarmant et l'obstruction complète, l'indication de la colostomie est formelle en son point d'élection : le cæcum; 2° Si le sujet est encore en bon état de résistance, essayer un énergique traitement médical (lavements profonds et abondants); s'ils n'amènent pas la débâcle immédiate, ouvrir le ventre et chercher l'obstacle : volvulus à détorsionner, coudure à redresser et à fixer, calcul stercoral à extraire ou à faire progresser. En tout cas, à cette période, il ne faudra pas se laisser entraîner à des opérations radicales que l'état intestinal pas plus que l'état général ne permettent. Il faudra réserver ces dernières pour une période tardive, quand le sujet sera redevenu fonctionnellement normal.

Quelquefois les malades se présentent inquiétés par une tumeur qu'ils sentent se développer progressivement depuis quelques semaines dans leur cavité abdominale. Si le diagnostic de fécalome est exactement porté, le traitement médical devra être mis en œuvre dans sa modalité la plus énergique et le plus souvent en aura raison.

Si pourtant le fécalome a un tel volume ou est arrivé à un degré de pétrification tel qu'on ne puisse escompter l'extraire par les voies naturelles, il faudra songer à une intervention avant de laisser s'établir de graves phénomènes de rétention. La colotomie trouve donc ici une indication, ou mieux encore l'extraction de la tumeur dans son sac intestinal (Favre de Parrel). Cette dernière modalité est indiquée quand l'ectasie est bien limitée à un segment de l'intestin. Dans un cas de dilatation étendue, il faudrait recourir à la colotomie après cæcostomie préalable pour antiseptisation de l'intestin avant l'extraction.

Enfin, dans un dernier ordre d'idées, le malade se présente au chirurgien parce qu'il est excédé par une constipation qui empoisonne son existence. Il a tout épuisé sans en avoir raison. En désespoir de cause, il vient s'en remettre aux mains du chirurgien. Il est malheureux de constater qu'un tel exemple de résolution est encore très rare. Ce ne sont que des désespérés qui viennent implorer le chirurgien, alors que devraient venir à lui les malades parfaitement conscients de la curabilité de leur affection. Car c'est à ce stade de constipation sans complications que les opérations les plus bénignes peuvent être tentées et les résultats les meilleurs obtenus.

Chez les malades pris à ce stade, on aura tout le loisir de procéder à un examen minutieux, en se proposant essentiellement de faire un bon diagnostic pathogénique avant de tirer des plans opératoires. Ce diagnostic ne pourra être établi qu'en entrant à fond

dans l'histoire clinique du sujet et en étudiant scrupuleusement la modalité de ses symptômes.

Un examen de l'anus pourra faire découvrir un spasme de son sphincter. On pourra en avoir raison par la simple manœuvre de la dilatation.

Une rectoscopie pourra permettre de découvrir un obstacle valvulaire qu'on tentera de détruire par la galvanocautérisation ou la valvidotomie.

L'examen radioscopique fait-il constater l'existence d'une ectasie limitée à l'anse sigmoïde, comme c'est un des cas les plus fréquents? Plusieurs ressources se présentent : la colopexie pour éviter le volvulus; la coloplicature pour entraver la stase, et mieux encore la résection pour supprimer la lésion et l'obstacle.

Enfin, est-on en présence du mégacôlon idiopathique sur toute sa longueur, on peut hésiter à tenter une grosse opération. Que l'on soumette d'abord le malade à un traitement médical sévère, sans écarts ni faiblesses. Si les résultats n'en sont pas satisfaisants, il faudra tenter l'anastomose, quitte à la faire suivre d'une résection dont elle aura été le premier temps et dont elle facilitera ainsi l'exécution si elle est insuffisante dans les résultats qu'on en espérait.

OBSERVATION I (Inédite)

Stechele (Louis), meunier, 54 ans. Entré le 6 juin 1918.

Les antécédents héréditaires du malade ne révèlent rien de particulier.

Dans ses antécédents personnels, on relève, sans pouvoir obtenir de sérieuses précisions, une tendance à la constipation chronique et au ballonnement avec de temps en temps des crises douloureuses abdominales apparaissant de préférence dans les périodes de travaux pénibles. En août 1917, ayant remarqué que ses pieds enflaient après une station prolongée debout, il alla trouver un médecin qui lui prescrivit de garder le lit : il s'y soumit pendant dix semaines.

En mars 1918 il observa des douleurs abdominales qui s'intensifiaient par la marche. Il était alors souvent constipé. Les choses allèrent en empirant progressivement à tel point que pendant les dernières sept semaines il dut souvent garder le lit. Le 4 juin les douleurs devinrent si fortes qu'il se fit admettre à la clinique médicale. Son ventre avait énormément augmenté de volume au cours de la dernière huitaine. Le 6 juin, il fut transféré à la Clinique chirurgicale de l'Université de Strasbourg.

Le malade est un homme de taille moyenne, à squelette puissant, aux muscles fortement développés, en bon état de nutrition générale. Il a le teint un peu pâle et les traits légèrement tirés. L'abdomen est fortement ballonné mais n'est que peu douloureux à la palpation. On peut voir à travers la paroi abdominale fortement distendue les anses intestinales très dilatées. Chaque heure survient une sorte de crise au cours de laquelle les douleurs s'exaspèrent cependant que la tension intestinale devient plus forte. La sonorité de l'abdomen est partout tympanique.

Le diagnostic d'occlusion intestinale est posé et une laparotomie exploratrice immédiatement exécutée.

L'opération est faite par le professeur Madelung, sous anesthésie morphine-éther. Incision médiane au-dessous de l'ombilic. A l'ouverture du péritoine fait irruption une anse intestinale extraordinairement dilatée qu'on reconnaît être l'anse sigmoïde. Elle est normalement colorée : sa paroi est très épaissie. On s'aperçoit qu'elle est enroulée d'un demi-tour de spire autour du méso-sigmoïde. On détorsionne immédiatement.

Un aide introduit dans l'anus une sonde intestinale et aussitôt se produit une débâcle qui évacue complètement le contenu liquide et gazeux de l'intestin. On rentre alors l'anse dans la cavité abdominale : on fixe sa partie médiane à la paroi par quelques points séreux pour éviter une reproduction du volvulus et on referme. La sonde intestinale est laissée à demeure.

7 juin. — Le malade a bien supporté le choc. La sonde fonctionne normalement. Le ventre est revenu sur lui-même. Pas de température.

10 juin. — L'état général est satisfaisant. Pas de température. Le pouls est bien frappé. Le ventre est libre. Le malade n'a plus de crises douloureuses.

20 juillet. — La plaie est entièrement cicatrisée. Le malade sort de la clinique.

Le malade revient à la Clinique le 12 mars 1919. Depuis sa sortie de l'hôpital, il a eu à plusieurs reprises de nouvelles crises douloureuses abdominales qui n'ont jamais dépassé quelques heures de durée. Il y a huit jours, à la suite d'une crise semblable, son ventre se ballonna. Les douleurs augmentèrent. Depuis hier, plus de vents ni de selles.

A l'examen, le ventre est très ballonné et tympanique à la percussion sur toute sa surface. Le malade a des envies de rendre. Le pouls est faible, fréquent : les traits tirés, le nez froid. Etant donnée la faiblesse générale du malade, on pratique une fistule caecale. Mais le caecum n'est pas très dilaté : il n'y a que très peu de gaz qui s'échappent.

Le ventre restant très ballonné, on se décide, le soir, à faire une laparotomie. Après avoir ouvert le péritoine, on trouve le côlon iliaque, démesurément distendu, atteignant la grosseur d'une tête d'homme. Cette dilatation s'étend, quoiqu'à un degré moindre, sur les côlons descendant et transverse. La paroi in-

testinale est fortement épaissie. Le côlon iliaque est tordu d'un tour autour de son méso. On le ponctionne et, en le détorsionnant, on s'aperçoit qu'il ne reste pas trace de l'ancienne tentative de colopexie.

On place une sonde rectale, et grâce à elle s'écoule une grande quantité de matières fécales et de gaz.

Les suites de l'opération sont normales. Les crises douloureuses ont complètement disparu. Les selles passent en partie par la fistule caecale, en partie par les voies naturelles.

Petit à petit la fistule cæcale voit se réduire son rendement : presque tout le bol fæcal est éliminé par l'anus. Le malade supporte très bien le régime ordinaire de l'hôpital : ses évacuations ne sont cependant pas d'une parfaite régularité, et il faut de temps en temps recourir à de légers lavements pour éviter la stase.

Nous voyons le malade pour la première fois le 13 avril et après avoir étudié à son occasion la question du mégacôlon, il nous paraît intéressant, dans la suite, de préciser le diagnostic pathogénique dans ce cas particulier. Le toucher rectal ne nous permet de constater ni spasme actuel, ni valvules rectales anormales.

Plus tard, nous entreprenons l'épreuve du lavement préconisée par Perthes. De haut en bas, comme de bas en haut, l'écoulement est normal. Il n'existe donc pas, du moins pour le moment, de coudure produisant une occlusion au niveau de la jonction sigmoïde-rectum.

Vers le milieu de mai, nous pratiquons un examen radioscopique. Un lavement de deux litres de bouillie barytée est injecté dans le rectum. Nous le voyons gagner l'ampoule, remonter à droite vers la région ombilicale dans une anse fortement dilatée : là, décrire un demi-cercle, redescendre vers la fosse iliaque gauche et remonter dans le côlon descendant. Les deux litres sont épuisés. Nous fixons cette image par la photographie (figure 1).

Elle nous confirme ce que les interventions nous avaient appris : qu'il s'agit bien d'un mégacôlon à forme mégasigmoïde.

D'après ce que nous savons d'autre part de l'histoire clinique du malade, nous pouvons donc en conclure, sans nous aventurer dans de hasardeuses hypothèses, que nous avons affaire à un

mégacôlon acquis produit par une longueur exagérée et des inflexions anormales de l'anse sigmoïde. Dès longtemps ces lésions ont entraîné une stase qui s'est traduite par ce ballonnement qu'a relaté le malade, et, plus tard, par ces œdèmes de compression qui l'ont maintenu au lit. Cette stase a alourdi l'anse, a amené des tiraillements, puis un allongement secondaire du méso. A la faveur de cette laxité s'est produit un jour le premier volvulus révélateur des véritables lésions. Nous croyons volontiers que les crises douloureuses décrites par le malade correspondaient à des torsions partielles de cette anse anormalement mobile. Ordinairement les choses se remettaient en place d'elles-mêmes, jusqu'au jour où une torsion, irréductible spontanément, compliqua le tableau clinique des manifestations de l'occlusion aiguë.

A partir du 15 mai, la constipation montra une tendance à se réinstaller et le malade recommença à éprouver de légères douleurs abdominales. M. le professeur agrégé Sencert décida de ne plus tarder à intervenir définitivement. On prépara l'intestin du malade par d'abondants lavements.

Cette fois, il n'était plus question d'exécuter une simple colopexie, une expérience précédente ayant suffisamment démontré l'inutilité de cette intervention.

Il s'agissait de traiter radicalement le malade. On ne s'arrêta pas longtemps à la possibilité de pratiquer une entéro-anastomose : dans le cas particulier elle eût, certes, amélioré les fonctions d'évacuation du malade, mais n'eût pas supprimé le principal danger, cause déjà de deux alertes qui auraient pu avoir une issue fatale si les secours chirurgicaux n'avaient pas été immédiats. En dépit de la dérivation du cours des matières, le volvulus aurait pu se reproduire.

Les indications de la résection semblèrent, au contraire, indiscutables pour le cas particulier. Elle s'adressait en même temps au mégacôlon et à sa redoutable complication. D'un coup elle pouvait supprimer l'ectasie segmentaire et écarter le danger du volvulus.

L'opération fut exécutée le 24 mai par M. le professeur agrégé Sencert. Elle dura trente-cinq minutes depuis la première incision jusqu'à la pose du dernier fil de fermeture de la paroi.

Figure 1

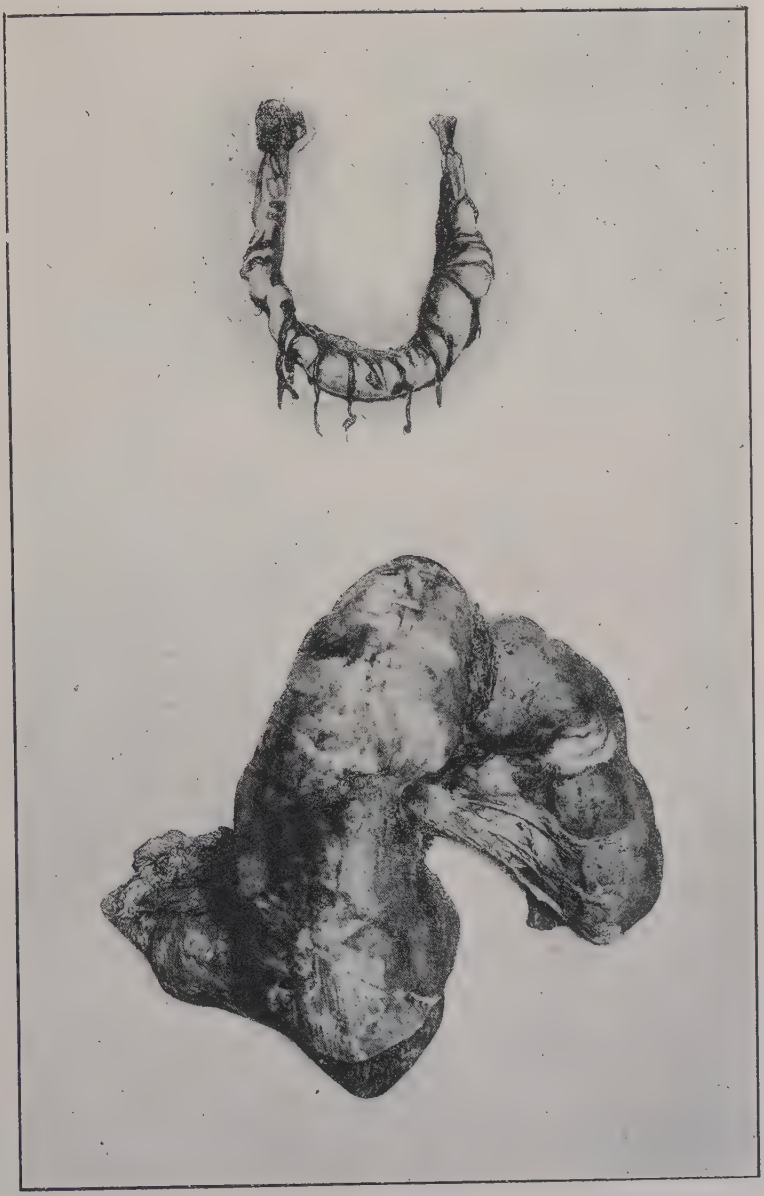

Figure II.

Anesthésie morphine-éther. Incision sur la ligne de cicatrice des laparotomies précédentes entre l'ombilic et la symphyse.

Aussitôt que le péritoine est ouvert on aperçoit une large surface lisse et pâle qui n'est autre que l'anse sigmoïde vide et flasque appliquée sur le reste de la masse intestinale. Elle occupe exactement la situation que nous pouvons voir sur la radiographie (figure 1). Elle est attirée hors du ventre et ses deux extrémités sont sectionnées en dehors des limites de l'ectasie. Bien que la circonférence de section inférieure soit plus grande que la circonférence supérieure, on peut réaliser une excellente coaptation circulaire des deux bouts intestinaux. Cette entérorraphie circulaire est pratiquée en deux étages. Le plan superficiel est enfoui sous un surjet séro-séreux. Le méso est fixé par quelques points au voisinage de la suture.

La paroi du ventre est refermée avec des fils d'argent, à cause de l'impossibilité de retrouver les différents plans dans le tissu cicatriciel.

Le malade supporta l'intervention sans la moindre réaction fébrile consécutive.

Il fut alimenté progressivement et commença à avoir des selles dès le cinquième jour.

Le quinzième jour après l'opération, le malade fut mis au régime normal des convalescents. La fistule cæcale a fonctionné journellement, mais très modérément, la majeure partie des matières passant par l'anus. Les selles sont régulières, moulées. Elles se produisent une ou deux fois par jour. Le malade n'a plus aucune douleur.

Notre observation cesse le 18 juin, jour où le malade se lève pour la première fois. La fistule cæcale sera prochainement fermée, et il ne semble pas prématuré de parler de la guérison complète du sujet.

La figure 2 nous montre la pièce anatomique photographiée après la résection. Pour donner une idée de la grosseur de l'anse sigmoïde reséquée, nous l'avons photographiée en-dessous d'une anse sigmoïde d'adulte normale. Nous avons rempli cette dernière avec de l'eau.

Quant à l'anse pathologique nous l'avons bourrée d'étoupe pour montrer à quelles considérables proportions elle pouvait atteindre quand elle était en état de rétention.

Elle est représentée dans la position qu'elle occupait dans l'abdomen.

En matière de conclusion, nous résumons en deux mots ce que nous avons développé plus haut au chapitre du traitement : c'est que la résection intestinale est l'opération de choix pour les cas de mégacôlon segmentaire et que le procédé en deux temps est l'intervention qui offre le maximum de sécurité au point de vue des résultats opératoires immédiats.

OBSERVATION II (Inédite)

Greiner (Adolphe), 12 ans.

Le petit malade arrive à la Clinique chirurgicale de l'Université de Strasbourg le 22 juin 1918, parce que depuis trois semaines, il n'a plus, prétend-il, ni vents ni selles. Il a très bien supporté cet état de choses jusqu'au 20 juin. Ce jour-là, pour la première fois, il a ressenti dans la région du bas ventre de violentes douleurs et a remarqué que son abdomen était très fortement ballonné. Ses parents demandèrent les soins de la sage-femme de la famille : elle prescrivit immédiatement une forte dose d'huile de ricin. Mais l'ingestion de ce purgatif ne fut pas suivie de l'effet attendu. Au contraire, les douleurs redoublèrent, et de façon si alarmante qu'on eut recours au médecin. Celui-ci ordonna sur le champ le transfert de l'enfant à la Clinique chirurgicale.

Le malade est un enfant moyennement constitué, en bon état de nutrition. Il dit avoir été toujours bien portant. Néanmoins, depuis plusieurs années ses fonctions intestinales sont des plus irrégulières. Il se plaint d'une constipation capricieuse, sur les modalités de laquelle il est impossible d'avoir des précisions de

valeur. Cette constipation n'a jamais été accompagnée que d'un ballonnement modéré du ventre. Ni le sujet, ni ses parents n'ont jamais été inquiétés spécialement par cette particularité.

Actuellement, l'abdomen est distendu à un haut degré par le météorisme intestinal. Ce météorisme prédomine sur le trajet des côlons : la partie centrale de l'abdomen, dans la région périombilicale, paraît affaissée par rapport à la périphérie dilatée en couronne. La paroi abdominale est mince et flasque. A travers elle on aperçoit, par transparence, les contractions intestinales. Elles sont particulièrement accusées dans la région supérieure de l'abdomen, durent quelques secondes et s'éteignent pour reparaître quelques instants après. On provoque à volonté ce péristaltisme en donnant une légère chiquenaude sur la paroi en un point quelconque du trajet côlique. Ces contractions intestinales sont indolores.

La percussion de l'abdomen ne révèle pas d'ascite. Dans la région iléo-cæcale elle permet de délimiter une tumeur dure, grosse comme le poing, vraisemblablement constituée par une accumulation stercorale,

Le 23 juin, un lavement introduit à l'aide d'une longue sonde amène une évacuation très abondante de matières et de gaz.

Le 25, cependant, le côlon donne toujours l'impression d'être rempli. Le malade a quelques gaz spontanés.

Le 28, à la suite de nouveaux lavements, le ventre est presque complètement relâché.

Le 1er juillet, on soumet le sujet à l'examen radiologique avec lavement bismuthé. On lui injecte un litre et demi de solution dans le rectum. Cette quantité arrive à peine à gagner le côlon transverse vers l'angle splénique ; c'est qu'elle est juste suffisante pour remplir l'anse sigmoïde qui apparaît très fortement ectasiée.

Le 6 juillet on recommence l'épreuve, mais cette fois avec deux litres et demi de lavement bismuthé. On observe alors une colossale dilatation des côlons sigmoïde et descendant, qui règne aussi, sans atteindre toutefois les mêmes proportions, sur les côlons transverse et ascendant (figure 3).

On a l'impression qu'une séparation existe entre le rectum et le côlon sigmoïde (coudure?).

Le diagnostic de mégacôlon qu'on avait cliniquement posé étant ainsi confirmé, l'intervention chirurgicale est décidée et exécutée le 10 juillet par le professeur Madelung.

Anesthésie morphine-éther. Incision para-médiane gauche à travers le muscle grand droit.

Le côlon sigmoïde et la partie avoisinante du côlon descendant apparaissent très fortement dilatés, mais non distendus : leur paroi est très épaissie.

Le méso-sigmoïde est relativement long et permet à l'anse une grande mobilité. On trouve sur lui des traces de péritonite (traînées et plaques blanchâtres). On résèque environ 30 centimètres d'anse intestinale suivant la méthode classique. Les deux bouts sont fermés et suturés au péritoine de la plaie pariétale.

L'opération est très bien supportée sans aucune réaction fébrile.

Quelques jours après l'opération, l'intestin est ouvert. Immédiatement, et très régulièrement les jours suivants, la fistule fonctionne bien.

Deux fois dans le courant d'août, le 3 et le 28, on fait une application de l'entérotribe de Dupuytren pour écraser l'éperon intestinal et tenter de redonner aux matières leur cours normal. On n'y réussit pas.

On se décide alors, le 5 octobre, à une opération plus radicale. Sous anesthésie générale à l'éther, on avive les deux extrémités du gros intestin et on les suture l'une à l'autre à la soie et au catgut. On referme hermétiquement, par dessus, le fascia transversalis. Pour recouvrir la perte de substance au niveau de la plaie opératoire, on dissèque un lambeau parallèlement à elle et en dehors, et on le fixe par quelques points de suture.

Cette opération échoue. Une quantité infime des matières suit le cours des voies naturelles. Le reste continue à passer par l'anus artificiel qui s'est de nouveau fistulisé : les sutures ont lâché, le lambeau a été éliminé et l'état de choses demeure identique à ce qu'il était avant cette dernière rectification opératoire.

Le 15 novembre, une nouvelle intervention est entreprise. L'anus artificiel est disséqué, le péritoine ouvert et les deux branches du côlon attirées au dehors : on les avive soigneuse-

Figure III.

Figure IV.

ment et on les fixe bout à bout par des sutures circulaires en plusieurs plans. Le péritoine et la paroi sont refermés.

Ni vents, ni selles, pendant les jours qui suivent immédiatement l'opération. Le ventre est souple.

Le 20, première selle fluide par les voies naturelles. La guérison opératoire survient vite malgré une légère infiltration et une petite suppuration de la plaie. Les évacuations sont régulières et journalières. On les facilite par de légers laxatifs.

Le malade sort fin décembre, apparemment guéri.

Nous avons demandé au petit malade de bien vouloir revenir dans le courant de mai dernier pour nous assurer de la pérennité de sa guérison.

Depuis qu'il a quitté la Clinique (cinq mois), il n'a plus jamais présenté les moindres manifestations de constipation. Sans aucun lavement, sans aucun purgatif il a chaque jour une selle régulière, quelquefois deux. Ses selles sont le plus souvent de consistance normale.

Vers la fin mars, il a eu subitement, au milieu d'une nuit, des vomissements abondants bientôt suivis d'une diarrhée légèrement teintée de sang. Un fil (de soie?) d'une longueur de 10 centimètres environ fut expulsé dans cette débâcle. Tout cessa en moins de vingt-quatre heures sans aucune suite.

Le ventre du petit malade, au moment de notre examen, n'est pas ballonné. Nous avons procédé, le lendemain, à l'examen radiologique et avons obtenu une image dont l'interprétation, à première vue, est assez embarrassante. Qu'on la compare, en effet (figure 4), à l'image (figure 3) obtenue avant l'intervention chirurgicale et on aura peine à admettre qu'elles concernent toutes deux l'intestin d'un même individu.

L'image 3 a été prise le sujet étant debout. (On avait précédemment rempli son intestin avec les deux litres et demi de bouillie bismuthée, dans la position horizontale.) Elle nous montre une anse sigmoïde énormément dilatée, immédiatement au-dessus du rectum. Essayons de remonter de bas en haut le trajet intestinal : nous nous trouvons immédiatement vers l'angle hépatique après avoir parcouru un segment infime de trans-

verse. Le côlon descendant et l'angle splénique semblent ne plus exister. On dirait qu'ils ont été absorbés par l'ectasie sigmoïdienne, que cette dernière, par sa distension et le poids de son contenu, a tout attiré à elle, détruisant la configuration et les rapports normaux de ces portions côliques. De l'angle hépatique au cæcum, nous observons enfin une dilatation importante mais en qui ne réside pas l'intérêt immédiat.

L'image 4 nous montre une situation toute différente. Tout d'abord on est frappé de l'harmonie générale des proportions côliques et de la régularité de calibre du côlon descendant un peu plus dilaté que normalement. On remarque qu'il est impossible de trouver un rétrécissement quelconque correspondant à l'entérorraphie qui a suivi la résection de l'anse sigmoïde ectasiée. Puis, ce qui étonne aussitôt, c'est qu'il semble exister un angle splénique bien accusé et bien fixé. Comment l'expliquer puisqu'au cours des interventions on n'a pas pratiqué de colopexie complémentaire dans cette région ? Des adhérences inflammatoires auraient-elles produit spontanément ce rétablissement anatomique de la situation ? C'est peu probable, puisque l'opération a porté sur un territoire beaucoup plus bas situé, presque au voisinage du petit bassin.

En réalité cette image est trompeuse ; et si nous n'avions pas assisté par la radioscopie au remplissage progressif de l'intestin par le lavement bismuthé, nous ne pourrions pas expliquer ce phénomène. Voici comment les choses ont dû se passer. Au moment de l'écoulement de la bouillie dans son intestin, l'enfant était couché sur le dos. Nous avons vu le liquide occuper d'abord la région de la fosse iliaque gauche, monter légèrement vers la région splénique, mais avant de l'atteindre, obliquer vers la région médiane et après quelques sinuosités, arriver à l'angle hépatique pour, de là, descendre vers le cæcum. Cette radioscopie faite, nous avons demandé à l'enfant de se coucher sur le ventre pour fixer l'image par la photographie. Nous nous souvenons très bien que dans ce mouvement l'enfant a pris un instant la position génu-pectorale. A notre avis, à ce moment, le poids de la bouillie a déplissé les sinuosités du transverse et a produit cette pseudo coudure splénique, toute temporaire, à laquelle la photographie donne une fausse apparence de fixité.

L'observation de cet enfant est, au total, intéressante à de multiples point de vue.

Elle nous montre que le diagnostic positif a été posé d'après le seul tableau clinique, et c'est un fait assez rare pour qu'il mérite d'être noté. On a demandé les lumières de la radiographie, non pas pour avoir la clef du diagnostic, mais pour le confirmer et surtout pour retirer de la précision des lésions d'utiles indications opératoires.

Le cas était à la vérité favorable puisque l'enfant, malgré sa constipation absolue de trois semaines n'était pas dans un état tel qu'il eût fallu immédiatement intervenir. On a pu temporiser, employer avec succès les ressources médicales pour vider cet intestin en état de rétention et examiner le cas à loisir.

Quelle était la pathogénie dans le cas particulier ? D'après l'étude de l'observation et les renseignements d'un témoin qui aida aux interventions, nous pensons qu'il s'agissait d'un mégacôlon acquis consécutif à une longueur exagérée de l'anse sigmoïde. C'est par là que commença le cercle vicieux qui provoqua une coudure au niveau de l'abouchement de l'anse sigmoïde dans le rectum ; cette coudure occasionna la stase, la stase engendra la dilatation sigmoïdienne d'abord, puis plus modérément, celle des autres parties du côlon.

Le succès de l'intervention chirurgicale est à considérer, dans ses suites immédiates aussi bien qu'éloignées. Il confirme que la résection en deux temps telle qu'elle a été pratiquée ici, est une opération de sécurité. La suppression de 30 centimètres d'anse a permis de faire disparaître la coudure et par suite d'interdire la reproduction de la stase. Consécutivement l'ectasie qui avait tendance à régner en amont de l'anse sigmoïde sur les autres portions du côlon a cessé d'évoluer du jour où l'obstacle a été supprimé. Elle persiste néanmoins, à un certain degré, et ce fait confirmerait l'opinion de certains auteurs que les lésions mégacôliques, congénitales ou acquises, ne rétrocèderaient jamais. Le manque d'éléments histologiques nécessaires nous empêche de prendre parti dans cette discussion.

OBSERVATION III (Mehliss)

Le 10 novembre 1915, Lina B..., âgée de 20 ans, entre à la Clinique chirurgicale pour une blessure du genou.

Elle se plaint de souffrir depuis sa plus tendre enfance d'une constipation qui ne cède qu'aux lavements et aux purgatifs répétés. A droite dans le bas ventre se trouve une tumeur de la grosseur d'un double poing que la malade prétend avoir toujours eue et qu'elle peut mobiliser de droite à gauche sans douleur. Le 15 novembre elle se plaint de très violentes douleurs abdominales, paraît en très mauvais état, est très agitée et est couverte de sueurs froides bien que sa température reste normale. On aperçoit par transparence les mouvements péristaltiques de l'intestin. Un lavement et une petite dose d'atropine amènent une selle mais cependant la tumeur est toujours perceptible entre l'ombilic et la symphyse et ne paraît pas avoir subi de modifications.

On opère quelques jours plus tard et on trouve l'anse sigmoïde énormément dilatée et allongée.

La séreuse ne présente rien de particulier. Par contre la musculature longitudinale présente des faisceaux qui rappellent l'image d'une vessie à colonnes. La musculature circulaire est également très épaissie.

La portion la plus dilatée a un diamètre de 14 centimètres et est remplie de scybales. Elle part en haut du côlon descendant qui est aussi dilaté pour se terminer en bas au niveau du rectum qui est presque normal. On parvient, par une manœuvre combinée d'expression manuelle et d'extraction anale, à vider la masse fécale par les voies naturelles. A ce moment apparaissent d'inquiétants signes de collapsus qui interdisent la poursuite de l'opération ; et on referme.

La malade se remonte rapidement et la plaie guérit, sans réaction. Des injections journalières de 3 centimètres cubes de sennatin et des lavements d'huile combinés avec du massage abdominal amènent des selles abondantes. Quatre semaines après les selles sont spontanées et régulières. La malade sort le 31 mars.

Elle revient le 8 avril et se plaint de constipation et de violentes douleurs dans tout le ventre. On retrouve dans l'ensemble les mêmes signes qu'au précédent examen ; la tumeur n'est cependant pas aussi volumineuse. Le même traitement amène une amélioration telle qu'on ne se décide pas à opérer et qu'on renvoie la malade le 17 avril.

Le 1er juillet 1915 elle est admise pour la troisième fois.

C'est une grande jeune fille, de 1 m. 58, au teint bien coloré et en bon état de nutrition. Pas de malformations squelettiques. Les muscles sont bien développés. Pas de ganglions apparents. Rien à signaler du côté thoracique.

Le ventre est ballonné, principalement le bas ventre et symétriquement. Il est mou, indolore, sans contracture musculaire. A la palpation on sent dans l'hypocondre droit une grosse tumeur de forme ovalaire allongée. Elle occupe tout l'espace entre l'ombilic, la symphyse et l'épine iliaque antéro-supérieure.

Elle est deux fois plus longue que large. Sa surface est lisse : elle est dépressible, sans tension. En prenant la tumeur à pleines mains, on arrive à la mobiliser très facilement latéralement. Cette palpation est désagréable pour la malade mais ne lui occasionne pas cependant de vraies douleurs. Dans le reste de l'abdomen on ne trouve rien de particulier. La malade n'a pas été à la selle depuis trois semaines.

On injecte 5 centimètres cubes de sennatin et on donne un lavement huileux. Environ quatre heures après, le côté droit du ventre se voûte très fortement. Le ventre apparaît complètement asymétrique : alors que l'hypocondre gauche est plat, comme chez un homme normal, à droite on observe une véritable saillie de toute la région. On aperçoit à travers la paroi la forme de la tumeur : elle est devenue fixe et ne se laisse qu'à peine déplacer.

La malade éprouve des douleurs abdominales diffuses et violentes. Un lavement d'eau aboutit à une débâcle qui remplit trois bassins. Les deux premiers sont pleins de volumineuses scybales, très dures : le dernier contient en majorité des matières liquides avec de rares éléments moulés.

On administre régulièrement, après cette expérience, le même traitement tous les jours (sennatin et lavement d'huile). Les évacuations suivantes vont en croissant. Il persiste cependant

de la rétention, à tel point que tous les trois - quatre jours on peut percevoir une tumeur dans le ventre : cette tumeur disparaît au cours d'une évacuation plus puissante.

Le 7 août on donne la dernière purgation. Du 8 au 21 il n'y a pas la moindre selle. La circonférence abdominale augmente, pendant ces treize jours, de 93 à 104 centimètres : le poids du corps de 56 à 60 kg. 5. L'appétit pendant ce temps demeure bon : il est même exagéré.

L'état général de la malade ne paraît pas d'abord beaucoup influencé. D'humeur joyeuse elle s'intéresse à toute la vie de la salle et amuse ses camarades. Mais la constipation durant, elle commence à montrer des bizarreries de caractère, des sautes d'humeur sans motif apparent, de l'irritation, de la susceptibilité.

Au quatorzième jour elle se plaint de maux de tête et accuse une sensation de tension, de plénitude du ventre. Il n'y a cependant pas de douleurs. La radioscopie permet de déceler un retard dans la traversée du gros intestin.

Après cette sérieuse étude du cas clinique, on décide l'intervention pour le 26 juillet.

Anesthésie morphine-éther. Incision sur l'ancienne cicatrice et incision secondaire à angle droit vers la gauche. L'anse sigmoïde est énormément allongée et apparaît comme un gros sac qui recouvre toutes les autres parties de l'intestin.

Les côlons ascendant et transverse sont de dimensions et de structure normales. Mais dès la portion supérieure du côlon descendant commence la dilatation rapidement croissante de l'intestin : elle s'étend de là jusqu'au commencement du rectum en englobant l'anse sigmoïde. Les parties moyenne et inférieure du rectum ne sont que peu élargies. C'est au niveau de l'anse sigmoïde que siège le maximum de la dilatation : 12 centimètres de diamètre, sans tension. Depuis la partie supérieure du côlon descendant, la musculature longitudinale de l'intestin présente des bandelettes très accusées courant parallèlement les unes aux autres, et portant des appendices épiploïques. L'intestin ressemble à une énorme outre à parois épaissies.

La paroi inférieure de l'intestin grêle est attirée au dehors, et, après section du mésentère, est coupée à 8 - 10 centimètres de son abouchement dans le cæcum.

Les deux extrémités sont suturées par un fil de soie qu'on termine par un nœud qui peut être facilement défait. Tout autour on pratique une suture en bourse dans laquelle on enfouit le moignon : mais avant de clore complètement cette suture en bourse on retire le fil de soie qu'on avait précédemment noué de façon à ce qu'il puisse être défait. Ceci fait on tire fortement sur les deux chefs de la soie de la suture en bourse et on assujettit fortement.

Après ces préparatifs, le bout central de l'intestin grêle est amené au lieu de réunion de l'anse sigmoïde et du rectum, et on pratique en ce point une anastomose latérale à la Lambert de 5 centimètres de long. Au-dessus de cette anastomose on pratique un rétrécissement de l'intestin au moyen d'un lien aponévrotique. Ce lien est prélevé sur la gaine antérieure du grand droit. Il enserre étroitement l'intestin et ses deux extrémités sont réunies au niveau de l'insertion mésentérique. L'étranglement est tel que les surfaces muqueuses sont en contact. On enfouit le lien sous un manchon séro-séreux circulaire. On remet la masse intestinale en place : suture par étages et pansement.

Dès le lendemain la malade a des selles liquides qui se reproduisent les jours suivants. On lui donne dix gouttes de teinture d'opium, ce qui amène le troisième jour deux selles liquides et une selle pâteuse.

Dans la quinzaine qui suit l'opération, les selles sont liquides et ont lieu une - deux fois par jour.

Vers la troisième semaine, les selles deviennent moulées et demeurent ainsi jusqu'à la sortie de la malade qui a lieu le 2 septembre. Il ne lui est plus nécessaire de recourir à des adjuvants pour ses évacuations intestinales.

Il n'y a pas de complications notables après l'intervention. Bon état général. Au début, appétit un peu diminué, mais bientôt amélioré sans pourtant atteindre l'exagération signalée avant l'opération. Au moment de sa sortie, le ventre de la malade était souple, sans résistance anormale. La malade pesait 56 kg. 5 et était heureuse de si bien se porter.

Quatre mois après l'intervention elle écrivit : « Tout est parfait. Selles normales deux - trois fois par jour. Appétit et état général excellents. J'ai augmenté de trois livres et je peux travailler sans inconvénients ».

En fin janvier 1916, la malade est venue se faire examiner. Elle s'est déclarée très satisfaite de son état. Son apparence était vigoureuse et elle avait à ce moment deux - trois selles pâteuses par jour. Pour prouver la persistance de la sténose artificielle, on a pratiqué dans la position génu-pectorale un lavement bismuthé et on a examiné aux rayons X. On a pu se rendre compte que pas la moindre trace de la bouillie n'avait franchi l'obstacle.

OBSERVATION IV (Mehliss)

Oscar P..., 17 ans, souffre depuis les environs de sa deuxième année de difficultés d'aller à la selle. Sa mère est morte et son père ne peut pas donner plus de détails. Toutefois, il se souvient que la mère avait fort à faire avec son enfant qui avait par moments trois - quatre selles liquides par jour et qui entre temps restait facilement constipé huit jours. Trois frères et sœurs du malade sont en bonne santé.

Il souffre en outre depuis sa douzième année de crises épileptiques.

Peu à peu, au cours de cette année, son ventre s'est ballonné de plus en plus fort : c'est pour cela qu'il est entré le 19 juin 1914 à l'hôpital.

Le malade se plaint d'éprouver des nausées, des bouffées de chaleur, des douleurs dans le dos et les deux côtés du ventre. Le ventre est dilaté comme un tambour et il existe de la circulation veineuse collatérale. Le foie est refoulé en haut et la respiration gênée. Tout le ventre est tympanique. On aperçoit le péristaltisme intestinal. De temps en temps le malade a des selles claires et pâteuses en infime quantité. Au cours de l'examen rectal, le doigt a la sensation, après avoir franchi le sphincter, d'évoluer dans une vaste cavité.

De l'atropine, des lavements et du massage amènent une évacuation massive avec issue d'une grande quantité de gaz. Le ventre s'affaisse et reprend une configuration normale. Dans

la suite, on ne peut obtenir des selles qu'avec des lavements, autrement la constipation se réinstalle pendant des jours entiers.

L'intelligence du sujet est très obnubilée : sous ce rapport il paraît avoir 5 ans. Le père refusant l'intervention on fait sortir l'enfant le 5 août 1914.

Le 24 août 1915, il est de nouveau admis. On retrouve des signes en tout semblables à ceux de sa première admission en juin 1914. D'abondants lavements (jusqu'à deux litres et plus) et des purgatifs amènent des selles massives mélangées à des gaz, après lesquelles le ventre s'affaisse. Sans ces expédients, on n'obtient des selles qu'en quantité insuffisante et peu à peu le ventre se ballonne. Cependant le malade a toujours faim. Les parents se plaignent de ne pas pouvoir satisfaire son appétit. le 26 août on pratique une rectoscopie : le sphincter est très fortement serré : la sonde après l'avoir franchi évolue dans un intestin dilaté en forme de sac : aucun obstacle n'est visible.

Le 28 août, le malade est opéré. Incision de l'ombilic à la symphyse, et incision latérale à l'angle droit. L'anse sigmoïde apparaît distendue et élargie de même que la partie inférieure du côlon descendant. Les proportions ectasiées montrent les lésions typiques qui nous sont déjà connues et ont un diamètre d'environ 12 centimètres.

Tout à fait comme dans le cas précédent, l'anse sigmoïde est allongée et anormalement mobile. Elle est en forme d'outre et s'étend jusqu'à l'aile iliaque à droite.

L'iléon est sectionné à 10 centimètres en amont de son abouchement dans le cæcum : les extrémités sont convenablement fermées et le bout proximal est anastomosé latéralement avec la partie de l'anse sigmoïde.

En haut de cette anastomose, on établit un lien prélevé sur la gaîne du droit et on le fixe de telle sorte que les surfaces muqueuses arrivent au contact. Le lien est enfoui sous un manchon séro-séreux. Fermeture du péritoine et suture par étages.

Le malade a bien supporté l'opération. Tout d'abord il a deux - trois selles liquides qui deviennent pâteuses à partir du dix septembre. Dans la suite, les évacuations deviennent régulières : elles ont lieu avant midi et dans la nuit en quantité abondante.

En dépit de cette abondance régulière, le malade présente, quatre semaines après l'opération, une dilatation générale de l'abdomen qui disparaît en peu de temps. Comme elle se répète une nouvelle fois, on pratique, sous anesthésie, la dilatation sphinctérienne. A la suite de cela, on ne l'observe plus. Les selles sont régulières et accompagnées d'abondants dégagements de gaz. Le ventre demeure flasque. L'appétit est redevenu régulier et n'est plus aussi considérable qu'avant l'opération.

Les crises ne paraissent pas avoir été modifiées par la régularisation de la fonction intestinale. Elles se reproduisent fréquemment dans les semaines qui suivent l'opération et quelquefois plusieurs fois par jour. Plus tard elles deviennent moins violentes et s'espacent.

Le malade a eu pendant les deux premiers mois après son opération des selles nocturnes involontaires qui polluaient son lit. Mais depuis le commencement de novembre il sut éduquer son intestin en se présentant régulièrement à la selle et il ne se souilla plus.

Guéri, il quitta l'hôpital le 1er décembre.

Après l'opération on a fait quelques examens radiographiques. Cinq heures après l'absorption du repas bismuthé le petit intestin était rempli ; cinq heures plus tard la bouillie apparaît à l'anastomose ; vingt-quatre heures après l'ingestion, la bouillie est visible dans la portion inférieure élargie de l'anse sigmoïde.

OBSERVATION V (Perthes)

Femme de 39 ans, célibataire. Etant enfant elle a toujours été faible et maladive. Le médecin de la famille, sans doute à bon escient, la prit pour une hystérique et soupçonna longtemps que ses plaintes étaient de nature hystérique.

Depuis huit ans elle est sujette à une constipation qui ne fait qu'aller en augmentant. Au début cette constipation pouvait être vaincue par des expédients, purgatifs et lavements, mais depuis ces dernières années la malade a observé des inter-

vallées de huit à quinze jours entre ses évacuations intestinales malgré l'emploi intensif de l'huile de ricin et des lavements. Ces stases entraînèrent des douleurs abdominales : le ventre se ballonna : le diaphragme fut refoulé, entraînant de l'oppression et de la dyspnée. La malade perdit presque complètement l'appétit, maigrit et sa faiblesse la força à garder le lit presque sans discontinuer pendant ces trois dernières années.

Elle pèse 62 livres et donne l'impression d'une grande faiblesse. Les extrémités supérieures tremblent légèrement. L'abdomen est dilaté comme un tambour : les contractions péristaltiques ne sont cependant pas nettement visibles.

Le toucher rectal permet de sentir des boulettes stercorales dures, mais pas de reconnaître un obstacle quelconque à l'évacuation des matières pas plus qu'un spasme du sphincter anal. On obtient une abondante évacuation avec de l'huile de ricin et des lavements : le ventre ainsi distendu devient facile à palper : l'oppression due au refoulement du diaphragme cesse en même temps.

Un examen rectoscopique pratiqué avec une sonde introduite à 25 centimètres dans la lumière intestinale permet de constater que des replis de la muqueuse, par ailleurs normale, viennent obstruer la lumière de la sonde et s'opposent au retour de l'air insufflé. Cependant on ne peut constater l'existence d'un clapet hermétique — comme de précédents examens, sur d'autres sujets nous l'avaient révélé. On ne peut faire réussir non plus l'épreuve du lavement qui consiste en ceci : l'eau peut refluer si elle n'a pas été introduite trop haut : elle est retenue au contraire si elle a dépassé un certain obstacle.

Parfois nous avons l'impression que la malade cherche à augmenter la distension de son ventre en poussant. Et, en effet, au cours d'un examen sous anesthésie, nous constatons que le ballonnement est beaucoup moindre. L'abolition des réflexes cornéen et pharyngien confirment l'hypothèse d'hystérie.

Il ne faut rien moins qu'un examen radioscopique sérieux pour nous prouver que nous nous égarons sur la voie de l'hystérie et qu'il s'agit bien d'une grave obstruction organique.

Une épreuve photographique, après lavement au baryum, nous montre une anse intestinale allongée et dilatée qui ne peut être que l'anse sigmoïde : elle atteint l'épigastre et le rebord droit des fausses côtes.

Une série d'épreuves prises après un repas au baryum et échelonnées jusqu'au cinquième jour après son ingestion établit les divers moments du ralentissement de la progression du bol fécal. Rien d'anormal d'abord jusqu'à la sixième heure. Déjà à la douzième heure on remarque un retard sur la progression normale. La bouillie barytée occupe le côlon transverse mais il n'y a rien encore dans le côlon descendant. L'anse sigmoïde parfaitement visible entre le foie et le côlon transverse est aussi complètement libre. A la dix-huitième heure, on observe que la bouillie, loin d'avoir progressé, a reflué dans le côlon ascendant. Seule une infime portion a atteint l'anse sigmoïde. La masse principale a été refoulée dans le côlon ascendant par des mouvements antipéristaltiques et là elle s'y condense. Ce n'est qu'à la soixante-douzième heure que des scybales isolées commencent à se séparer de la tumeur cæcale et à progresser dans le gros intestin. Le cinquième jour, le météorisme est si accusé et la tension si douloureuse qu'on cesse l'étude en vidant l'intestin par de l'huile de ricin et un lavement.

L'opération pratiquée le 5 novembre 1913 amène seule la lumière sur la cause de cette obstruction. La cavité abdominale est ouverte de l'ombilic à la symphyse : l'anse sigmoïde se montre telle qu'elle a été révélée par la radiographie. Elle passe devant le côlon transverse et atteint l'épigastre. La branche afférente est très large : la branche efférente fortement contractée. Le passage de la portion contractée à la portion dilatée occupe une zone bien circonscrite. Le spasme persiste malgré l'anesthésie profonde et ne cesse qu'après un séjour de plusieurs minutes de l'anse hors de la cavité abdominale. Un spasme semblable, mais beaucoup plus fugace, est observé sur le côlon transverse au tiers de sa longueur. Il n'y a ni coudure ni autre obstacle sur l'intestin. On remarque une légère adhérence épiploïque à l'ovaire gauche sans que cependant cela puisse constituer une sténose pour l'intestin. Le cæcum est normalement fixé et ne se laisse pas mobiliser : par contre l'angle hépatique du côlon est d'une laxité anormale. De la paroi latérale gauche se détache une membrane semilunaire, à bord tranchant, qui va s'insérer d'autre part sur la partie initiale de l'anse sigmoïde : elle détermine une loge dans laquelle se dissimule le côlon descendant et l'abouchement de ce côlon dans l'anse sigmoïde.

La membrane est sectionnée et la loge ainsi détruite.

La portion intestinale s'étendant du milieu du transverse jusqu'au rectum est réséquée par la méthode de l'invagination. Le milieu du côlon transverse est réuni ainsi au rectum. La portion réséquée est de 56 centimètres.

L'état général du malade est très satisfaisant pendant les premiers jours après l'opération. Soudainement se développent des symptômes d'iléus qui nécessitent une nouvelle laparotomie le sixième jour. Il s'agit d'un volvulus d'une anse grêle qui est rapidement réduit. Sur l'anse la plus dilatée on pratique une fistule de Witzel qui laisse s'échapper un abondant flux intestinal ; après quoi on injecte 15 centimètres cubes d'huile de ricin. Maintenant la guérison survient rapidement et l'état général s'améliore promptement. Trois semaines après l'opération, la malade qui avait passé au lit les trois dernières années, se lève et a des selles spontanées. Son poids, dans les trois semaines après l'opération, a monté de 68 à 82 livres.

De nouvelles manifestations de constipation se sont pourtant montrées depuis à tel point que l'abdomen se météorisait si elle n'employait pas de purgatifs. On en eut facilement raison avec des prises régulières de séné alors qu'avant l'opération tout eût échoué.

Un nouveau repas d'épreuve au baryum permet de constater que la réplétion de tous les côlons est complète en vingt-quatre heures. Il n'y a plus de mouvements antipéristaltiques. L'état du malade peut être considéré comme très notablement amélioré.

TABLE DES MATIÈRES

Pages.

INTRODUCTION 1

CHAPITRE I. — *Définition et historique* 5

CHAPITRE II. — *Diagnostic* 12

Diagnostic positif clinique 12

Diagnostic physique 16

Diagnostic différentiel 22

Diagnostic pathogénique 31

CHAPITRE III. — *Traitement* 37

Traitement médical 43

Traitement chirurgical 52

Indication du traitement 74

OBSERVATIONS 79

IMPRIMERIES RÉUNIES DE NANCY.